

Gestão e Vigilância Sanitária:

modos atuais do pensar e fazer



Marismary Horsth De Seta
Vera Lúcia Edais Pepe
Gisele O'Dwyer de Oliveira
Organizadoras

Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer

Marismary Horsth De Seta
Vera Lúcia Edais Pepe
Gisele O'Dwyer de Oliveira
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DE SETA, M. H., PEPE, V. L. E., and O'DWYER, G., eds. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 283 p. ISBN 978-85-7541-326-5.
<https://doi.org/10.7476/9788575413265>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Gestão e Vigilância Sanitária:

modos atuais do pensar e fazer

Marismary Horsth De Seta
Vera Lúcia Edais Pepe
Gisele O'Dwyer de Oliveira
Organizadoras

Gestão e Vigilância Sanitária

modos atuais do pensar e fazer

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Marchiori Buss

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Maria do Carmo Leal

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Nísia Trindade Lima

Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Gilberto Hochman

Lígia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Maria Elizabeth Lopes Moreira

Pedro Lagerblad de Oliveira

Ricardo Lourenço de Oliveira

Gestão e Vigilância Sanitária

modos atuais do pensar e fazer

Marismary Horsth De Seta
Vera Lúcia Edais Pepe
Gisele O'Dwyer de Oliveira

Organizadoras

1ª Reimpressão



Copyright © 2006 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-7541-099-7

1ª edição: 2006
1ª reimpressão: 2008

Capa, projeto gráfico

Carlota Rios

Imagem da capa

Mostra cultural 'Vigilância Sanitária e Cidadania'

(www.ccs.saude.gov.br). Concepção museográfica MBA Cultural.

Editoração eletrônica

Carlota Rios

Ramon Carlos de Moraes

Copidesque e revisão

Irene Ernest Dias

Catálogo na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

D278g De Seta, Marismar Horsth (org.)
Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do
pensar e fazer. / Organizado por Marismar Horsth
De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Gisele O'Dwyer
de Oliveira. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ,
2006.

284 p., il., tab., graf.

1.Vigilância sanitária. 2.Sistema Único de
Saúde. 3.Descentralização. 4.Políticas de controle
social. I.Pepe, Vera Lúcia Edais. II.Oliveira, Gisele
O'Dwyer de. III.Título.

CDD - 20.ed. - 614.42

2008

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

e-mail: editora@fiocruz.br

<http://www.fiocruz.br>

Autores

Alexandre Barenco Ribeiro

Advogado, mestre em direito pela Faculdade de Direito de Campos (FDC). Membro do Programa Direito e Saúde do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (DIS/Cesteh/Ensp/Fiocruz).

E-mail: barenco@uol.com.br

Claudia Regina de Andrade Pereira

Psicóloga, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Coordenadora de Contas Médicas da Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita.

E-mail: cregina@unikey.com.br

Denise Nabuco Villa-Forte

Nutricionista, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Coordenadora geral de Orçamento e Finanças da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

E-mail: dnabuco@saude.rj.gov.br

Francisco Javier Uribe Rivera

Médico, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pesquisador titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: uribe@ensp.fiocruz.br

Geraldo Lucchese

Farmacêutico, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Consultor legislativo da Câmara dos Deputados.

E-mail: gelucchese@yawl.com.br

José Agenor Álvares da Silva

Bioquímico e sanitarista, especialista em saúde pública, administração pública e planejamento social. Ex-secretário executivo do Ministério da Saúde, ex-ministro da Saúde. Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

E-mail: jose.agenor@saude.gov.br

Joyce Mendes de Andrade Schramm

Médica, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (DEMQS/Ensp/Fiocruz).

E-mail: joyce@ensp.fiocruz.br

Juliano de Carvalho Lima

Enfermeiro, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Programação, Monitoramento e Avaliação da Diretoria de Planejamento da Fiocruz (Diplan/Fiocruz)

E-mail: juliano@fiocruz.br

Lenice Gnocchi da Costa Reis

Médica, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Diretora do Departamento de Fiscalização de Serviços de Saúde do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (Defes/CVS/SES/RJ). Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: lenicereis@ensp.fiocruz.br

Luciana Dias de Lima

Médica, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: luciana@ensp.fiocruz.br

Luis David Castiel

Médico, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pesquisador titular do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (DEMQS/Ensp/Fiocruz).

E-mail: luis.castiel@ensp.fiocruz.br

Maria Cristina Rodrigues Guilam

Médica, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tecnologista do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

E-mail: guilam@ensp.fiocruz.br

Marina Ferreira de Noronha

Enfermeira, doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: marinan@ensp.fiocruz.br

Marismary Horsth De Seta

Enfermeira, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: deseta@ensp.fiocruz.br

Mirian Miranda Cohen

Zootecnista, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Gerente do Núcleo de Planejamento e Desenvolvimento Institucional do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (NPDI/CVS/SES/RJ).

E-mail: npdi@saude.rj.gov.br

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Médico sanitarista pediatra, livre-docente em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor associado da Faculdade de Saúde Pública da USP.

E-mail: pacfusp@usp.br

Sheyla Maria Lemos Lima

Médica, mestre em administração pública pela Fundação Getúlio Vargas (Ebac/FGV). Tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: slemos@ensp.fiocruz.br

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: twargas@ensp.fiocruz.br

Vera Lúcia Edais Pepe

Médica, doutora em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora adjunta do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: verapepe@ensp.fiocruz.br

Victor Vincent Valla

Educador, doutor em história social pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisador titular do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Densp/Ensp/Fiocruz).

E-mail: valla@ensp.fiocruz.br

Organizadoras

Marismary Horsth De Seta

Vera Lúcia Edais Pepe

Gisele O'Dwyer de Oliveira

Médica, mestre em saúde coletiva pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

E-mail: odwyer@ensp.fiocruz.br

Sumário

PREFÁCIO	9
APRESENTAÇÃO	11
Risco e Saúde Maria Cristina Rodrigues Guilam e Luis David Castiel	15
A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde Geraldo Lucchese	33
Controle Social ou Controle Público? Victor Vincent Valla	49
Vigilância Sanitária, Ética e Construção da Cidadania Paulo Antonio de Carvalho Fortes	61
Negociação Gerencial e Liderança Francisco Javier Uribe Rivera	71
Política e Gestão da Saúde no Brasil Luciana Dias de Lima e Tatiana Wargas de Faria Baptista	89
A Vigilância Sanitária e a Regulação do SUS pelas Normas Operacionais Mirian Miranda Cohen, Juliano de Carvalho Lima e Cláudia Regina de Andrade Pereira	111
Organização e Gestão: o que compreender para o trabalho da vigilância sanitária Marismary Horsth De Seta e Sheyla Maria Lemos Lima	133
Noções Básicas de Direito Administrativo para a Gestão Alexandre Barenco Ribeiro	153
Planejamento e Programação como Instrumentos para a Gestão Marismary Horsth De Seta	167
A Gestão da Vigilância Sanitária Marismary Horsth De Seta e José Agenor Álvares da Silva	195

Nova Forma de Pensar e Fazer Planejamento e Orçamento Denise Nabuco Villa-Forte	219
Avaliação em Saúde e Vigilância Sanitária: conceitos, estratégias e metodologias Vera Lúcia Edais Pepe, Lenice Gnocchi da Costa Reis, Marina Ferreira de Noronha e Joyce Mendes Schramm	251
A Vigilância Sanitária e o Pacto 2006: qual futuro? Marismary Horsth De Seta	277

Prefácio

Este livro coroa um longo processo de cooperação e trabalho conjunto entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (CVS/SES-RJ). Inicialmente produzido na forma de caderno de textos para o curso de Atualização em Gestão da Vigilância Sanitária para Dirigentes Municipais, transformou-se em publicação com abordagem pedagógica que permite sua utilização em diferentes contextos. O mesmo se pode dizer dos três vídeos educativos, produtos também desenvolvidos especialmente para o curso, que integram a proposta pedagógica inovadora e facilitam a abordagem dos chamados 'temas transversais' do curso.

O curso integrou o projeto Apoio à Descentralização e Consolidação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária no Rio de Janeiro e buscou atender a uma demanda dos dirigentes municipais dos serviços de vigilância sanitária, expressa nas oficinas de descentralização realizadas pela então Coordenação de Fiscalização Sanitária Estadual, em 2001. Essas oficinas representaram um passo importante para o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, sem o qual torna-se difícil consolidar o Sistema Nacional.

Consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária implica qualificar o processo de descentralização, hoje em curso, e apoiar os gestores no plano acadêmico e prático, na desafiadora e complexa tarefa que lhes é reservada: promover e proteger a saúde da população ao mesmo tempo que, acompanhando e avaliando os avanços tecnológicos, renovam-se constantemente o seu arsenal de conhecimento e suas práticas.

A conjunção de conceitos, saberes e práticas de interesse da vigilância sanitária é abordada, neste livro, de forma a permitir pensá-la em seus principais aspectos organizacionais, fornecendo subsídios para a gestão de sistemas e o planejamento de serviços. São priorizadas as dimensões 'tecnológica' da vigilância sanitária, entendida como prática avaliativa, e 'ideológica', direcionada aos cidadãos e ao desenvolvimento da cidadania. Um outro pressuposto é que é fundamental considerar o conflito entre interesses econômicos e sanitários na tomada de decisão.

Nesse contexto, o livro passa a ser do interesse de diversos atores, não apenas os gestores, mas também todos aqueles que buscam compreender este campo definido, por Sergio Arouca, como um dos campos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta metodológica na formulação dos textos visa a permitir a sistematização e a consolidação do conhecimento, buscando destacar e exemplificar a aplicação, quando pertinente, dos principais conceitos e a formulação de indagações que exijam o desenvolvimento do raciocínio dos leitores. O posfácio introduz a conjuntura do Pacto de Gestão e atualiza o debate.

Esperamos que vocês tenham bons momentos em sua leitura, assim como tivemos na elaboração deste prefácio.

Antônio Ivo de Carvalho

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
(Ensp/Fiocruz)

Maria de Lourdes Oliveira Moura

Diretora Geral do Centro de Vigilância Sanitária
da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de
Janeiro (CVS/SES-RJ)

Apresentação

A vigilância sanitária, que envolve práticas cujas origens se confundem com as da saúde pública, se renova e sofre mudanças aceleradas nos últimos anos. Grande parte delas pode ser creditada ao processo de descentralização de recursos financeiros fundo a fundo, a partir de 2000, e à prática de negociação que se estabeleceu entre o serviço federal de vigilância sanitária – a Anvisa – e os estados federados, incorporando, a partir de 2003, também os municípios. Esses processos começaram a gerar demandas por capacitação gerencial para os dirigentes dos serviços de vigilância das esferas subnacionais de governo.

O surgimento dessa demanda pode, então, ser explicado pela conjugação de fatores positivos: transformações gradativas no modo de se perceber e de se fazer vigilância sanitária; proliferação de experiências levadas a cabo pelos serviços; inovações trazidas pelas normas operacionais do Ministério da Saúde; estabelecimento de repasse financeiro regular e automático que, embora insuficiente, representa algo inédito na história da vigilância sanitária; conscientização sobre a necessidade de se aumentar a cobertura das ações de vigilância sanitária no país e de se cumprir diretrizes estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde – incluindo o controle social, considerando a realidade regional e local. Mas, de outra parte, há um pressuposto, raramente explicitado, de reduzida capacidade de gestão – domínio de técnicas, métodos e habilidades – dos serviços de vigilância sanitária diante das necessidades de descentralizar ações e de um processo planejado de desenvolvimento dos serviços estaduais e municipais.

Desenvolver a capacidade de gestão e os serviços de vigilância sanitária não significa apenas uma modernização gerencial, uma nova estrutura, ou conferir maior agilidade aos processos e procedimentos. Para esse desenvolvimento não se prescinde da retomada de alguns conceitos que fundam a área, tal como o de risco, e incorporar outros, como por exemplo os do campo da avaliação em saúde, para situar a vigilância sanitária como uma prática essencialmente avaliativa, e os do campo da gestão pública em saúde.

Entre os objetivos deste livro, que se espera seja lido tanto por profissionais de terceiro grau quanto por técnicos da vigilância sanitária e seus gerentes e gestores, estão os de situar a vigilância sanitária como prática de saúde pública, parte indissociável do SUS, e trazer alguns subsídios teóricos para reflexão sobre as práticas vigentes e as futuras.

Neste ponto, um esclarecimento se faz necessário. Nesta obra, a comunicação com os leitores potenciais, os profissionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, foi privilegiada. Por isso, algumas liberdades foram tomadas em relação à linguagem dita acadêmica. O resultado é um texto que se espera leve, de fácil leitura e compreensão.

A coletânea, com 14 capítulos, reúne textos originais e outros, selecionados, que foram atualizados, quando necessário, e adaptados para o formato aqui adotado. Eles podem ser lidos na ordem em que se apresentam ou de modo aleatório, o qual decorre de certo 'caráter independente' de que eles são dotados e da nossa admiração pelo *O Jogo da Amarelinha*, de Júlio Cortázar.

Os textos originais foram elaborados para o Curso de Atualização em Gestão da Vigilância Sanitária para Dirigentes Municipais, uma demanda do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Com eles se pretendeu, em linguagem acessível, subsidiar a discussão da realidade concreta com a teoria, tratada de forma leve. São eles:

- 'Risco e Saúde', em que o conceito de risco com o qual a vigilância sanitária trabalha incorpora e extrapola o conceito epidemiológico de risco, e se apresenta polêmico, polissêmico e, como diz Castiel, 'indisciplinado', na medida em que não se sujeita a uma única disciplina.
- 'Negociação Gerencial e Liderança', em que o modelo de negociação de Harvard é revisitado e se procura apresentar as tão faladas 'pactuações da saúde' como negociações, retirando do termo o senso comum e pejorativo de 'negociata'. Ressalte-se que, embora na gestão a negociação seja uma prática recorrente visando a um melhor desempenho organizacional, na vigilância sanitária essa prática é de incorporação recente, devido à estrutura verticalizada de mando que costuma vigorar.
- 'Política e Gestão da Saúde no Brasil', em que se procura resgatar o sentido do termo 'política' e a sua presença em nosso cotidiano, ao mesmo tempo que se aborda a trajetória histórica da construção do SUS e os pressupostos da Reforma Sanitária. São também abordados os princípios do SUS.
- 'A Vigilância Sanitária e a Regulação do SUS pelas Normas Operacionais'. O texto apresenta e discute os instrumentos de regulação do SUS – da NOB 01/91 à Noas/2002 – e suas implicações para a vigilância sanitária. Apresentam-se, de forma sintética, os conceitos-chave da regionalização da saúde, tentando levar o leitor a refletir sobre o seu grau de conhecimento da implementação das políticas na sua localidade.
- 'Organização, Gestão e Vigilância Sanitária'. Valendo-se das abordagens administrativas, o texto busca apresentar alguns elementos componentes das organizações e propiciar a reflexão sobre em que medida a gestão está incorporada ao cotidiano dos gerentes e gestores dos serviços de vigilância.

- 'Noções Básicas de Direito Administrativo para a Gestão', em que são apresentados alguns conceitos do campo do direito administrativo que embasam a gestão, sem a pretensão de esgotar o chamado 'processo administrativo' na vigilância sanitária.
- 'Nova Forma de Pensar e Fazer Planejamento e Orçamento', em que são apresentados os instrumentos e as regulamentações que regem os processos de planejamento da ação governamental, que se configura no Plano Plurianual, e de organização. Portanto, o texto dialoga com a área de orçamento público e busca, em uma primeira aproximação, oferecer aos interessados a possibilidade de decodificar os dados de execução orçamentária.
- 'Avaliação em Saúde e Vigilância Sanitária: conceitos, estratégias e metodologias' introduz a lógica da vigilância sanitária como uma ação de avaliação, que visa a monitorar processos de produção e consumo, no que diz respeito às boas práticas e à promoção da saúde. Os principais conceitos do campo da avaliação e suas interseções com a vigilância sanitária são apresentados e exemplificados.

Os textos adaptados são, predominantemente, alguns dos que foram elaborados para a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, revisitados. Entre eles, um recebeu acentuada atualização, o 'Gestão da Vigilância Sanitária', em virtude das mudanças ocorridas nos repasses financeiros e pela incorporação da esfera municipal na negociação para a descentralização.

O texto 'Planejamento e Programação como Instrumentos para a Gestão' representa uma parte do material elaborado originalmente para o Gesthos (Gestão Hospitalar: capacitação para pequenas e médias unidades de saúde. MS, 2002), revisto e adaptado para a vigilância sanitária. Além de apresentar os principais conceitos, ele sugere alguns caminhos para identificação e explicação de problemas, sem fazer opção por determinada vertente de planejamento.

No momento em que concluíamos o livro, o Ministério da Saúde concretizou o processo de construção dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão 2006 e emitiram-se portarias, em substituição às normas operacionais do SUS. Optamos pela elaboração de um texto, 'A Vigilância Sanitária e o Pacto 2006: qual futuro?', em que são apresentadas as mudanças e algumas repercussões de tal processo na vigilância sanitária.

Agradecemos nesta oportunidade à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e aos autores dos textos para a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, por sua autorização para incluí-los nesta coletânea.

Por fim, agradecemos ao Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, pela parceria que nos possibilitou a realização deste trabalho.

As Organizadoras

Risco e Saúde¹

Maria Cristina Rodrigues Guilam
Luis David Castiel



Para início de conversa...

As questões a seguir serão discutidas neste texto. Gostaríamos que você, antes de continuar a leitura, tentasse respondê-las com base em sua experiência na área da saúde.

- O que é risco?
- Que disciplinas se interessam pelo risco?
- O que são indicadores de risco para a epidemiologia?
- O que são fatores de risco?
- Que riscos existem de fato?
- Qual é a relação entre risco e estilo de vida?
- Como as pessoas podem lidar com os riscos? Como as preocupações baseadas no risco influem no modo de as pessoas se relacionarem com os outros e consigo mesmas?
- Por que alguns riscos são selecionados como perigos e outros não?
- Qual é a relação do risco com aspectos das sociedades atuais – associados à industrialização, globalização e velocidade das trocas econômicas?

¹ Este texto constitui-se em uma versão revista e aprimorada de 'Vivendo entre agravos e exposições: a teoria da relatividade do risco', publicado em CASTIEL, L. D. *A Medida do Possível: saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Contracapa, 1999, e da dissertação de mestrado de Maria Cristina R. Guilam, *O conceito de risco: sua utilização pela epidemiologia, engenharia e ciências sociais*. IMS/Uerj, 1996.

Risco

1- Segundo o dicionário Aurélio, tanto pode provir do baixo-latim *risicu*, *riscu*, provavelmente do verbo *resicare* – cortar, quanto do espanhol *risco* – grande penhasco –, possivelmente relacionado aos perigos ligados às grandes navegações. Neste último caso, indica, por um lado, a idéia de perigo e, por outro, a possibilidade de ocorrência.

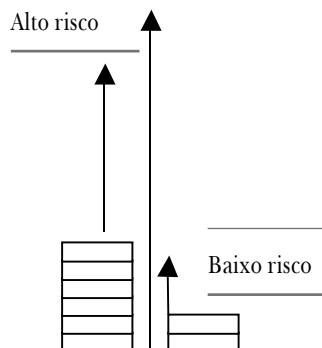
2 – O dicionário Houaiss assinala a idéia de 'perigo mais ou menos previsível' e enfatiza a variante de origem italiana *rischio* (séc. XIII) no sentido de perigo relacionado a uma ação, do direito marítimo, ou na tradição militar: sorte ou má-sorte de um soldado.

A idéia de probabilidade pode ser lida de dois modos:

- 1) Intuitivo, vago, ligado a algum grau de crença, isto é, como uma 'incerteza que não tem como ser medida'.
- 2) Objetivo, racional, como capaz de ser identificada por meio de técnicas probabilísticas – 'incerteza capaz de ser medida'.



Você sabe o tamanho do seu risco de vida?



O que é risco?

'Risco' é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia.

No século passado, seu significado estava relacionado a apostas e chances de ganhos e perdas em certas modalidades de jogos (ditos de azar). Em épocas mais recentes, adquiriu sentidos relativos a resultados negativos. No decorrer da Segunda Grande Guerra, no campo da engenharia, o tema recebeu um forte impulso em função da necessidade de estimar danos decorrentes do manuseio de materiais perigosos (radiativos, explosivos, combustíveis). Na vigilância sanitária, essas análises serviram para dimensionar os possíveis riscos na utilização de tecnologias e outros procedimentos dirigidos à saúde das populações.

No *Dicionário de Epidemiologia* (Last, 1989), o risco:

a) diz respeito à probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal) – em geral, a vigilância sanitária trabalha com este tipo de risco;

b) representa um termo não-técnico que inclui diversas medidas de probabilidade quanto a desfechos desfavoráveis.

Na opção b, está localizada a abordagem dos 'fatores de risco', isto é, 'indicadores' que visam à previsão de morbimortalidade futura. Desse modo, pode-se identificar, contabilizar e comparar indivíduos, grupos familiares ou comunidades em relação a exposições a fatores de risco, já estabelecidos em estudos prévios, e buscar intervenções preventivas.

Algumas pessoas usam de forma equivocada comparação entre diferentes riscos, que podem confundir a própria idéia de risco. Isso ocorre, por exemplo, quando empregamos para quantificar o risco as classificações: 'grande/pequeno', 'forte/fraco' ou 'muito/pouco'. Na verdade, os adjetivos que devem ser utilizados nessas circunstâncias estão ligados à idéia de verticalidade: 'alto risco' ou 'baixo risco'. Esta última classificação baseia-se na noção de marcação de valores em um eixo vertical: quanto maior o risco, mais afastado do zero deve estar sua marcação; e quanto menor o risco, mais próximo ao zero. Essa idéia do eixo vertical está associada à imagem visual dos aspectos quantitativos em questão, assemelhando-se a um 'empilhamento'. Há outras situações em que se emprega esse tipo de imagem. Por exemplo: 'saúde e vida' é mais alto do que 'doença e morte', e isso está associado a termos como 'alta hospitalar', quando o paciente se recupera, e 'baixa hospitalar', quando se faz necessária uma internação. A base do empilhamento parece ser a posição corporal que acompanha esses estados/condições.

Que disciplinas se interessam pelo risco?

Certamente, um dos principais elementos que participam na construção do espírito de risco de nossas sociedades modernas pode ser localizado na grande produção científica. Há uma quantidade enorme de estudos sobre tal temática realizados nas últimas três décadas. É possível agrupar as áreas dessa produção científica em:

a) Verificação/mensuração – como apoio a estratégias preventivas na clínica médica. Aqui se incluem as práticas da medicina cujas intervenções preventivas ocorrem a partir da identificação de exposições a fatores de risco.

b) Análise/avaliação/administração – dirigida a riscos ocupacionais, controle e segurança de produtos industrializados e percepção pública.

c) Baseada no enfoque de risco epidemiológico – voltada para a chamada dimensão da saúde pública. Pode estar relacionada a dois campos:

c.1) ambiental: aborda riscos provocados por exposições a resíduos radiativos, poluentes tóxicos e outros subprodutos de atividades econômicas e sociais;

c.2) individual: lida com riscos resultantes de 'escolhas' comportamentais pessoais, colocadas sob o chamado estilo de vida.

Outra forma de considerar contemporaneamente o conceito de risco é por meio das disciplinas que o estudam. Poderíamos situar essas disciplinas em quatro grupos (Porto, 1991):

A – As 'ciências econômicas', que tratam de transformar as incertezas (variáveis cujo comportamento se quer conhecer) em probabilidades. Para isso, tais ciências tratam de quantificar os riscos para avaliar custos e possíveis perdas. Assim funcionam as seguradoras: é sabido, por exemplo, que o preço que se paga para assegurar um carro é maior no Rio de Janeiro do que em qualquer outra cidade no Brasil, pois a probabilidade de roubo nessa cidade é maior do que nas outras. É também com base nesse raciocínio que os planos de saúde definem o valor de suas mensalidades: pessoas mais idosas pagam progressivamente valores mais altos, pois têm um risco maior de adoecer do que as pessoas mais jovens.

B – A 'epidemiologia', que também trata do risco mediante sua quantificação. Foi a incorporação do conceito de risco pela epidemiologia em meados da década de 1950 que possibilitou a esta disciplina o estudo de doenças não transmissíveis, o que representou uma enorme ampliação de seu objeto de estudo.

C – A 'engenharia', que, em sua área conhecida internacionalmente como 'análise de risco', analisa o impacto da introdução de modernas tecnologias na sociedade, seja por meio de um método quantitativo (medições ambientais, relação custo-benefício), seja por meio da discussão do gerenciamento do risco.

D – As 'ciências sociais', que estendem o risco não como um 'fato' a ser compreendido, quantificado e gerenciado, mas como alguma coisa que é construída socialmente. Para os cientistas sociais, as avaliações de risco não podem deixar de lado fatores subjetivos – éticos, morais, culturais – que direcionam as opções dos indivíduos.

Enquanto os três primeiros grupos abordam o risco de maneira quantitativa, o último grupo busca retirar a discussão de risco de um enfoque quantitativo – aparentemente objetivo e neutro –, adicionando-lhe 'ingredientes' mais subjetivos.



Pense um pouco...

Analise as questões contidas em cada quadro. Qual deles está associado a um enfoque mais quantitativo?

Quadro 1

Por que nem todos encaram os riscos da mesma maneira?

Se todos tivermos as mesmas informações, nossa percepção de risco será homogênea?

Por que algumas pessoas parecem ter necessidade de desafiar os riscos?

Quadro 2

Qual o risco de um habitante da cidade do Rio de Janeiro adquirir dengue neste verão?

Qual o risco de um Fiat Palio ser roubado na cidade de Petrópolis?

Que nível de exposição aos raios X pode ser tolerado entre profissionais de radiologia?

Agora considere o quadro abaixo. Ele representa o agrupamento entre os campos do conhecimento, das práticas e as estratégias correspondentes.

Campo do conhecimento	Campo das práticas	Estratégias
Epidemiologia	Determinação da etiologia/ associação de fatores e doenças Vigilância epidemiológica clínica	Determinação de fatores de risco Determinação de situações de risco
Engenharia (<i>Risk analysis</i>)	Avaliação de risco ambiental Avaliação de risco ocupacional Proposição de medidas preventivas	Tomada de decisão em relação ao emprego de tecnologias
Ciências sociais	Análise das representações Análise da percepção de risco	Estabelecimento das influências culturais ligadas ao risco
Direito/Seguros	Regulação na esfera social, da produção e do consumo Determinação de indenizações ou ressarcimentos	Responsabilidade legal Cálculo atuarial

O que são fatores de risco?

Um fator de risco é toda característica ou circunstância determinável de uma pessoa ou um grupo de pessoas que se sabe estar associado a um risco anormal de aparecimento ou evolução de processo patológico. Ser portador de um fator de risco para determinada doença é, portanto, estar mais vulnerável a ela.

Precisamos ter claro que falar em 'fatores de risco' para uma doença é bastante diferente de falar em 'causas' da doença. Os fatores de risco têm uma natureza probabilística e podem estar mais ou menos intensamente associados ao surgimento de uma patologia. Como esclarece Goldberg (1994), a definição de 'causa' exige que quando esta esteja presente o efeito exista, e quando suprimida o efeito desapareça. Já o fator de risco, quando presente, poderá provocar a ocorrência do efeito com maior frequência. Mas nem sempre, pois estamos tratando de probabilidades.

O que são indicadores de risco para a epidemiologia?

Os epidemiólogos modernos precisam medir os fenômenos ligados tanto à promoção da saúde quanto ao adoecimento. Segundo Rothman (1987), autor de *Epidemiologia Moderna*, "Quando você puder medir aquilo a que você se refere (...) então você saberá algo sobre aquilo". É preciso quantificar, criar indicadores que meçam a morbidade nas populações e possibilitem comparações entre populações diferentes. É preciso determinar fatores de risco (e de proteção) e quantificar com que intensidade tais fatores estão associados a determinadas doenças. É preciso, também, determinar grupos com maior risco de adoecimento, ou seja, grupos mais vulneráveis dentro da população geral.

Quais os indicadores de risco mais utilizados em saúde pública?

A - A incidência ou risco absoluto

O risco absoluto de uma doença é a incidência da doença (Gordis, 1988). De acordo com Rouquayrol (1988), a incidência, em epidemiologia, traduz a idéia de intensidade com que acontece determinado fenômeno mórbido em uma população, sendo essa intensidade relacionada à unidade de intervalo de tempo (dia, semana, mês ou ano).

Em termos operacionais, utiliza-se o coeficiente de incidência, o qual pode ser matematicamente expresso da seguinte maneira:



Exemplo

"O manejo de pacientes com cardiopatia isquêmica inclui uma contínua ação sobre os fatores de risco. Durante toda a história natural da cardiopatia isquêmica, o médico tem papel importante na orientação de pacientes quanto ao controle da hipertensão arterial sistêmica e da hipercolesterolemia, a manutenção do peso ideal, a ingestão de dieta pobre em gorduras, a prática de atividade física regular e a interrupção do tabagismo." DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990, p. 219.

**Exemplo**

Quando dizemos, por exemplo, que a incidência de leucemia em Recife é de 3,6 por 100.000 habitantes, no ano de 1993, estamos dizendo que o risco absoluto de um habitante de Recife adquirir leucemia nesse período é de 3,6/100.000.

$$\text{Coeficiente de incidência} = \frac{\text{Número de casos novos de uma doença ocorrente em determinada comunidade em certo período de tempo}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco de adquirir a doença no referido período}} \times 10n$$

B - O risco relativo

O risco relativo é uma medida de associação. Esta medida se refere à intensidade com que uma determinada exposição se relaciona com a doença em estudo.

O risco relativo (RR) é expresso pela seguinte razão:

$$RR = \frac{\text{Risco da doença em indivíduos expostos}}{\text{Risco da doença em indivíduos não expostos}}$$

Essa razão pode se comportar de três maneiras:

$$RR = 1$$

Neste caso, o risco da doença na população exposta é o mesmo que na população não exposta, o que parece indicar não haver associação da exposição à doença em questão.

$$RR > 1$$

Neste caso, o risco da doença é maior em indivíduos expostos do que nos não expostos, indicando uma associação da exposição à doença.

$$RR < 1$$

Quando isto ocorre, o risco da doença é menor em indivíduos expostos do que nos não expostos, o que sugere que a exposição possa ter um papel protetor em relação à doença estudada. Este resultado pode ser encontrado quando estudamos, por exemplo, a eficácia de uma vacina.

C - O risco atribuível

O risco atribuível (RA) é uma diferença entre riscos. Suponhamos duas populações, uma exposta e outra não exposta, e que o risco de uma doença seja maior entre os expostos. O nível de risco nos não expostos pode ser visto como risco de fundo, um risco que é compartilhado por ambos os grupos. Se quisermos saber quanto do risco total nos expostos

**Um exemplo clássico**

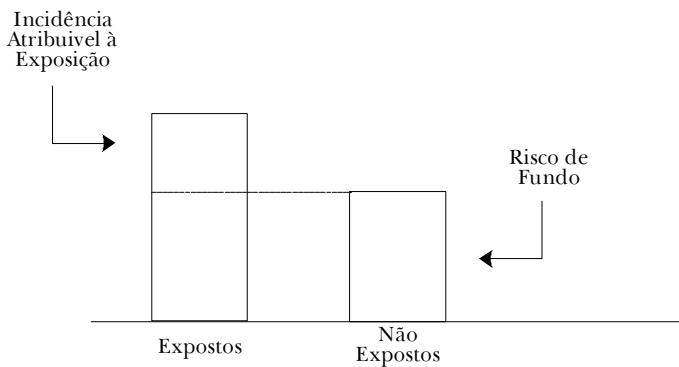
Podemos comparar a incidência de câncer de pulmão em fumantes e em não-fumantes, e obter o seguinte resultado: $RR = 4,6$ ($RR > 1$), indicando que o risco de fumantes adquirirem câncer de pulmão é 4,6 vezes maior do que os não-fumantes. (Hennekens & Buring, 1987)

pode ser realmente atribuível à exposição propriamente dita (e não ao **risco de fundo**), devemos tomar o risco total nos expostos e subtrair o risco nos não expostos.

$$RA = \text{Risco da doença em indivíduos expostos} - \text{Risco da doença em indivíduos não expostos}$$

De forma similar, pode ser avaliado o impacto que uma exposição específica pode ter na população, com respeito a um evento particular.

Figura 1 - Risco em expostos e não expostos



Fonte: Gordis, 1988:55.

O risco atribuível pretende responder às seguintes perguntas:

- O quanto de risco da doença, em indivíduos expostos, pode ser atribuído àquela exposição?
- O quanto de risco da doença em indivíduos expostos pode-se pretender eliminar se pudermos diminuir ou evitar totalmente a exposição?

Podemos concluir que o risco atribuível indica o benefício potencial de uma medida preventiva.

Risco de fundo: quando o risco é equivalente para os dois grupos (expostos e não expostos a fatores de risco).



Exemplo

“A taxa de mortalidade por câncer de pulmão para não-fumantes (0.07) pode ser subtraída da taxa de mortalidade por câncer de pulmão na população total (0.65); o resultado obtido pode ser chamado de risco atribuível ao câncer de pulmão relacionado ao hábito de fumar. Se essa estimativa for aplicada a outra população, sua frequência de exposição deve ser semelhante à primeira. O conceito de risco atribuível populacional é útil na medida em que ele estima o quanto a incidência de uma doença particular pode ser reduzida se uma exposição específica for removida.” (MacMahon & Pugh, 1970: 233-234).

Que riscos existem de fato?

O conceito de risco cria as bases para medidas de prevenção em saúde. O caso da Aids serve para ilustrar tais aspectos. Sua prevenção pode assumir dois modelos básicos:

a) Indivíduos portadores do HIV como potenciais fontes de contágio. Portanto, devem ser acompanhados epidemiologicamente, e eventualmente, apesar de não aparecer de forma explícita, terem restringidos seus acessos a emprego, moradia, circulação, transfusão de sangue.

b) Busca de mudanças de comportamento por meio de difusão de informação, educação e aconselhamento.

Na medicina e na epidemiologia, costuma haver a noção de risco como algo material, que parece existir concretamente. Assim, ele pode ser medido e, desse modo, seria possível tentar entender possíveis causas e efeitos. O indivíduo, ao se expor a supostos 'fatores de risco', faz com que o risco, entidade que ainda não encontrou um corpo para causar dano, passe a ter a propriedade de se materializar sob sua forma nociva – que pode ser denominada 'agravo' (entre várias outras designações, como 'doença', 'enfermidade', 'distúrbio', 'transtorno'). Assim, a 'existência' dos riscos seria, a princípio, invisível, uma vez que nem sempre é perceptível por seus sinais/sintomas – objetos dos tradicionais instrumentos da semiologia médica. Muitas vezes, são necessários sofisticados exames laboratoriais para 'localizar' esse risco, capaz de se desenvolver traiçoeiramente e tornar-se presente de modo ameaçador. Neste caso, os riscos 'existiriam', como potenciais invasores de corpos. Os riscos também poderiam existir com base nos resultados de exames/testes laboratoriais indicativos dos efeitos da exposição a fatores de risco.

Há circunstâncias em que não há dúvidas quanto à existência de risco ou, melhor dizendo, de perigo. Por exemplo, no caso da presença conjunta do mosquito *Aedes aegypti* e de pessoas atingidas pela dengue, é provável que outras pessoas próximas venham a ser acometidas pela doença. Em relação à Aids, a existência de soropositividade do indivíduo ao respectivo vírus é, sem dúvida, um fator decisivo para indicar a presença de perigo no caso de relações sexuais. Mas, na grande maioria das vezes, não é possível saber se o indivíduo é portador do vírus. Assim, é reconhecido que a prevenção eficaz se baseia na possibilidade de qualquer um ser soropositivo. Em relação ao caso do comércio de alimentos, é sabido que é alto o risco de toxinfecções intestinais no caso de consumo de alimentos quando não é conhecida sua adesão às normas de segurança sanitária. Portanto, deve-se sempre utilizar medidas de proteção na exposição a situações consideradas de risco.

No entanto, uma das críticas feitas ao enfoque quantitativo do risco consiste no fato de ele gerar um objeto que parece sempre possuir uma 'existência' autônoma, capaz de ser detectada independentemente dos complexos aspectos sociais e culturais nos quais as pessoas se relacionam.

Exemplo

Taxas elevadas do colesterol, especialmente o ruim (LDL), como fator de risco para doença coronariana.



Os riscos não se constituem em afirmações indiscutíveis de que o efeito indesejado vá acontecer, mas, sim, de 'possibilidade'. Esse tipo de conhecimento probabilístico, se, por um lado, permite a identificação de potenciais fontes de agravos e a adoção de medidas preventivas e de segurança, por outro gera uma atmosfera de incerteza e ansiedade, diante da multiplicidade de fatores de risco e das dificuldades de distinguir-se com clareza estado de saúde, pré-doença e doença.

Nem sempre a presença de fatores de risco seria pré-doença que depois levaria à doença. Inclusive, conforme a situação, tais fatores podem até ser falsos, em virtude da divulgação precipitada de evidências insuficientes para estabelecer relações de causa e efeito, também por aspectos técnicos dos dispositivos de pesquisa: impossível garantir, sem dúvida, o controle total das fontes de distorção e confusão nas pesquisas.

Epidemiologistas, em geral, não costumam colocar em questão aspectos que problematizam a construção dos conhecimentos sobre o(s) risco(s), em especial do ponto de vista de suas pretensões preditivas. Assim, é essencial estar atento a determinados aspectos:

1) Regularidade na relação entre risco e efeitos: não pode haver alterações nas relações entre os indicadores de risco e os eventos de interesse. Como os mecanismos causadores dos agravos, na maioria das vezes, são desconhecidos, estes não devem variar de modo inesperado. Em outras palavras, é essencial a estabilidade das condições de 'existência' do objeto para que o pesquisador possa estudá-lo com precisão: o objeto de estudo não pode variar nem em suas características e propriedades, nem em suas relações com o meio ambiente.

2) Definição das características dos fatores de risco específicos: é fundamental saber claramente se o fator é necessário (determinante) em relação àqueles que apenas podem facilitar a ocorrência do agravo. E isso não costuma ser fácil de perceber em muitas situações, especialmente naquelas que envolvem a participação de aspectos psicológicos. Por exemplo, a relação entre depressão e a ocorrência de doenças infecciosas.

3) Fatores de risco pertencentes a níveis de organização distintos – social/natural: há dificuldades para estabelecer precisamente os mecanismos que atuam entre variáveis sociais e variáveis biológicas, apesar de, em certos casos, aparentemente não haver dúvidas quanto às relações entre elas. Por exemplo: miséria e mortalidade por causas perinatais.

4) Período de tempo considerado válido para a predição: é problemático lidar com exposições ocorridas há longo tempo (há mais de 15, vinte anos, por exemplo) e/ou em quantidades reduzidas, no decorrer de longos intervalos de tempo, de modo que não se torna possível garantir a relação causal no caso de ocorrência do agravo. Isto é especialmente relevante em exposições ocupacionais, em que os danos não são imediatos, só ocorrendo, eventualmente, após muitos anos.



Exemplo

Estudar as doenças bacterianas hoje em dia passou a ser diferente do que era na época em que as bactérias não tinham resistência aos antibióticos. E isso precisa ser considerado nas pesquisas atuais.



Exemplos de variáveis sociais: desemprego, analfabetismo, pobreza etc.



Exemplos de variáveis biológicas: idade, estado imunológico, características genéticas.

Qual é a relação entre risco e estilo de vida?

O gerenciamento dos riscos (quando estes não são encarados em seu aspecto ambiental) é, muitas vezes, apresentado pelas autoridades como algo ligado à vida privada de cada um, da responsabilidade dos indivíduos, tratada em termos de escolhas comportamentais, sob a denominação de 'estilo de vida'. As propostas educacionais em saúde visam a atingir mudanças nessa dimensão.

Um breve comentário sobre as origens e uso atual da noção 'estilo de vida'. Pode ser considerada como um dos aspectos fundamentais da cultura na atualidade. Proporcionaria elementos para produzir uma sensação de unidade e segurança existencial em um mundo incerto e ameaçador. Mas, depende das possibilidades de acesso e de poder aquisitivo. A noção está sendo muita empregada, mas é preciso desenvolver uma abordagem que vá além da idéia de que estilo de vida equivale basicamente a padrão de consumo, manipulado pela chamada cultura de massa. Ou, então, que consista em outra coisa bem definida, resultado da própria escolha dos indivíduos e grupos sociais, para além dos efeitos manipulativos da sociedade de consumo. Em certos segmentos sociais, mais favorecidos em termos socioeconômicos, o estilo de vida se dirige ao corpo como um bem, cuja aparência de vigor físico e juventude deve ser mantida. A idéia de boas condições de saúde se funde com a de atratividade sexual. Essa conjugação gera uma grande estrutura industrial e comercial voltada para o mercado de cosméticos, vestuário, esporte, lazer, alimentação etc. Uma crítica comum ao conceito 'estilo de vida' é referente a sua difícil utilização em contextos de miséria e aplicação a grupos sociais em que as margens de escolha praticamente inexistem. Muitas pessoas não elegem 'estilos' para levar suas vidas. Não há opções disponíveis. Na verdade, nessas circunstâncias, o que há são estratégias de sobrevivência.

No campo da saúde, a categoria é muito usada nos terrenos da promoção, prevenção e da pesquisa comportamental em saúde. Apesar da grande produção científica nos anos 80 e 90 do século passado, o conceito ainda necessita maior clareza e precisão. Falar de comportamentos que representam fatores de risco em termos individuais e medidas de promoção e prevenção em termos populacionais é insuficiente para responder satisfatoriamente às questões envolvidas: quem são aqueles que assim agem? Quais são suas motivações pessoais? Quais são suas relações com muitos aspectos da sociedade e da cultura em que vivem?

Com base na leitura do texto, percebe-se que o estilo de vida de cada um depende das 'escolhas' e dos comportamentos com efeitos nos padrões de adoecimento das pessoas. Levando tal raciocínio adiante, vamos nos deparar com uma situação curiosa. Se as pessoas fazem suas escolhas de estilo de vida (dentro, é claro, de suas margens de aquisição/acesso), estão incluídos no 'pacote' fatores de risco. Então, não é absurdo supor que esse pacote seria algo como o 'estilo de risco'. Como se, de alguma forma, as pessoas também escolhessem exposições a riscos como forma de levar suas vidas.

No entanto, tais opções não devem ser vistas como fruto da vontade consciente das pessoas. Cada um de nós é resultado de complexas relações fisiológicas, psicológicas, sociais. Portanto, os 'estilos de risco' são aspectos que, muitas vezes, participam da produção dos modos possíveis com que nos relacionamos com o mundo tal como este se faz presente para cada um de nós. Claro que determinados 'estilos' são perigosos, seja para o próprio indivíduo, seja, também, para os que o cercam. Assim, demandam intervenções apropriadas. Mas, é essencial não perder de vista a perspectiva aqui detalhada, sob pena de serem adotadas posições que conduzam a ações insensíveis, geradoras de culpa, limitadas e, conforme o caso, de efetividade restrita.

Vemos surgir, no campo das ciências da saúde, uma nova situação: o 'estado de saúde sob risco', que envolve importantes aspectos:

- a) A produção de regras de comportamento voltadas para a promoção e prevenção da saúde, base do projeto de estender a longevidade humana ao máximo possível.
- b) O estabelecimento de relações de interesse com a produção tecnológica biomédica.
- c) A ampliação das tarefas da clínica médica - em outros termos, o aparecimento de uma 'vigilância médica'.
- d) A criação de demanda por novos produtos, serviços e especialistas voltados para a prevenção dos múltiplos riscos.
- e) O reforço do poder e prestígio dos profissionais responsáveis por atividades dirigidas a novas técnicas/programas de controle ou à pesquisa de fatores de risco.

Há, ainda, situações particulares nas quais conhecimentos aparentemente estabelecidos e consagrados como fatores de risco tornam-se instáveis. Por exemplo, a associação entre a ingesta de sal de cozinha (cloreto de sódio) e a produção/agravamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi posta em xeque. Investigações baseadas em determinados estudos mostraram que a influência da dieta em termos globais parece ser mais importante do que o uso sem controle de sal na alimentação. Há fortes sinais de que o foco dos cuidados no tratamento e prevenção da HAS deva ser a ingesta adequada de sais minerais, mais do que a restrição de sal. São reconhecidas várias situações em que antigos 'vilões' em relação à saúde deixam de ser tão nocivos. Isso, de certa forma, leva a um relativo descrédito, por parte da população, quanto a algumas recomendações das autoridades de saúde, que deixam de ser aceitas como verdades garantidas.

Como as pessoas podem lidar com os riscos?

Como as preocupações baseadas no risco influem no modo das pessoas se relacionarem com os outros e consigo mesmas?

Para além dos meios médicos/epidemiológicos, da vigilância sanitária, da saúde ocupacional e das companhias de seguro, fala-se e escreve-se com frequência sobre risco na mídia. Em função da divulgação de informações consideradas vitais para a sobrevivência das populações, há o imediato interesse do público por tais questões (especialmente diante da possível indicação de irresponsabilidade, caso se assumam posturas descuidadas a esse respeito), propiciando uma demanda para a qual a mídia procura apresentar as “últimas descobertas da ciência” sobre os riscos.

De alguma forma, tais matérias servem para demonstrar que as pessoas, em seu cotidiano, incorporaram a idéia de risco. Mesmo que as resultantes comportamentais sejam distintas: ou acatá-la, procurando administrar os modos de viver – comer, beber, exercitar-se, expor-se ao sol, modos de manter relações sexuais etc.; ou desafiá-la, adotando estilos de vida considerados arriscados, na suposição de, possivelmente, ser portador de imunidades especiais...

Partindo da premissa de que a vida moderna é cada vez mais perigosa, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, ou mesmo como resultado deles, riscos são definidos e enfrentados por indivíduos, grupos sociais e pelo governo. No entanto, certos riscos são aceitáveis para uns e não para outros.

De qualquer forma, viver, hoje em dia, implica assumir (voluntariamente ou não) modos e/ou padrões de exposição a determinados riscos, individualizados ou coletivos, ‘escolhidos’ ou não. E, também, estratégias psicológicas para lidar com tal quadro. Estas últimas, segundo Giddens (1991), enfocando a realidade dos riscos globalizados em países do capitalismo avançado, podem se apresentar em quatro formas básicas:

a) Aceitação na prática cotidiana: no sentido de ‘sobreviver’, ou mesmo de ‘resignar-se’, concentrando-se no movimento do cotidiano. Neste caso, parte-se do pressuposto de não se ter controle algum sobre os determinantes da qualidade de nossas vidas. Assim, o que resta é dedicar-se à esfera das dimensões básicas de ‘administração’ do dia-a-dia. Pode haver uma dimensão de entorpecimento – capaz de camuflar um profundo descontentamento, ou, então, a esperança de que “dias melhores virão...”.

b) Otimismo sustentado: consiste na crença no primado da razão e do poder da ciência para resolver os problemas humanos (inclusive aqueles criados pela própria tecnociência). Esta é a ótica dos *experts* que acreditam que a tecnologia, apesar dos ‘efeitos colaterais’, existe para melhorar a vida humana (um argumento muito usado: a ampliação, em termos médios, da expectativa de vida).

O linguajar popular dispõe de expressões ilustrativas a este respeito: “ir levando”, “empurrar com a barriga”, “deixar como está para ver como é que fica”.

Sob a ótica leiga, implica fé no racionalismo científico como fonte de segurança e sobrevivência.

c) Pessimismo cínico: trata-se de uma estratégia de distanciamento das fontes de ansiedade por meio de recursos psicológicos que incluem a ironia, o sarcasmo, o deboche. Pode-se ter uma postura irônica sem necessariamente implicar pessimismo (não deixa de ser um 'pragmatismo'). E vice-versa: há os pessimistas incorrigíveis, que esperam pelo desastre inevitável. Neste caso, adotar comportamentos que buscam o prazer (considerados de risco) pode ser uma forma de encaminhamento (o popular "dane-se...").

c) Engajamento radical: modo de reação ligado ao ativismo político, mediante movimentos populares/sociais, eventualmente ligados a organizações não-governamentais, que travam lutas para interferir nos impactos de quadros de exposições a riscos (especialmente do ponto de vista ambiental).

Em síntese, para alguns autores, quatro questões são relevantes no comportamento diante do risco:

1 - Em primeiro lugar, um grau de irracionalidade faria parte de nossa natureza básica, o que traria um descompasso entre nossas reações e os riscos realmente existentes. Por exemplo, prontamente faríamos uma viagem de carro sob uma chuva torrencial, mas tememos ameaças bem mais remotas, como sermos atingidos por um raio.

2 - Da nossa irracionalidade emergiria um outro problema: a negação do risco. Enquanto a negação nos ajudaria a conciliar o sono num mundo tão perigoso, poderia ser prejudicial numa avaliação de riscos.

3 - A natureza imperfeita das informações interferiria com escolhas inteligentes. As informações são, muitas vezes, inadequadas, complicadas ou erradas, e até mesmo os especialistas podem discordar entre si sobre até que ponto determinado comportamento é arriscado.

4 - O risco de muitos comportamentos só será visto no futuro, enquanto o benefício percebido é imediato. Por exemplo, o desemprego é um perigo no presente para os trabalhadores das minas, enquanto a pneumoconiose (doença pulmonar relacionada à ocupação) seria um problema para o futuro.

Por que alguns riscos são selecionados como perigos e outros não?

Cabe, aqui, lembrar que as discussões sobre risco vão além das abordagens estritamente quantitativas/epidemiológicas. A noção 'risco' admite entendimentos distintos que podem ter aspectos econômicos (desemprego, miséria), ambientais (diversos tipos de poluição), relativos a condutas pessoais (maneiras 'indevidas' de comer, beber, não exercitar-se), dimensões interpessoais (formas de estabelecer/manter relações amorosas/sexuais), 'criminais' (eventos vinculados à violência urbana). Todos esses 'riscos' 'fermentam, misturam-se e extravasam para o âmbito sociocultural, tornando-se elementos abstratos, capazes de ser entendidos de modos diferentes.

É inegável que as definições técnico-científicas proporcionadas pela epidemiologia procuram estabelecer quantitativamente o que é risco. Definições desse tipo demandam fórmulas matemáticas, dados, relações estatísticas e outros cuidados para o emprego rigoroso do 'risco' em situações bem especificadas. Mas a noção de risco, apesar dos esforços estatísticos, não fica satisfatoriamente resolvida somente com definições quantitativas.

Essa questão precisa ser detalhada. Há modos de encarar o risco que ultrapassam a dimensão técnico-científica (em termos epidemiológicos). Lupton (1999) propõe uma tentativa de entender distintos modos de pensar a noção 'risco' do ponto de vista das ciências sociais:

1) O risco é um perigo, ameaça objetiva que existe e que pode ser medida independentemente de processos sociais e culturais, mas pode ser distorcido por aspectos sociais e culturais. Esta postura é visivelmente assumida pela epidemiologia e pela maioria das teorias das ciências que estudam percepções de risco.

2) O risco é um perigo, ameaça que é inevitavelmente mediada por processos sociais e culturais, e não pode nunca ser conhecido separado desses processos.

3) Nada é um risco em si. O que entendemos como um 'risco' (ou perigo, ameaça) é produto de 'modos de olhar' historicamente, socialmente, politicamente.

Como vimos, para alguns autores das ciências sociais, a percepção do risco é resultado de um processo de construção coletiva, no interior da sociedade. Os indivíduos fariam suas escolhas de modos de levar a vida à luz de valores determinados pelo contexto social em que vivem. Quando se olha com atenção para a forma como os indivíduos fazem suas escolhas, pode-se perceber que eles optam por não estar a par de todos os perigos. A sociedade na qual eles vivem colocam certos perigos em foco. Seu ambiente social seleciona e recorta o panorama para eles.

A cultura e a sociedade, portanto, recortariam a realidade, determinariam um ângulo do qual os indivíduos olhariam para o risco. Aqui entram em cena os valores subjetivos, psicológicos, impossíveis de serem descartados quando se tenta entender por que alguém decide enfrentar um risco ou não. Para os autores, uma das grandes diferenças entre especialistas técnicos e o público leigo é que o público, quando avalia um risco, não esconde os compromissos pessoais que interferem na sua escolha. Enquanto isso, os especialistas, obedecendo a limites que o exercício profissional lhes impõe, tentam subtrair as influências subjetivas dos seus julgamentos.

Algumas respostas são usadas como explicações para suportar uma situação de risco, mostrando o peso que determinados valores morais, familiares, sociais adquirem para os indivíduos numa tomada de decisão:



Ele faria o mesmo por mim.

Eu prometi a meus filhos.

Eu sei o que minha família diria se eu não tentasse.

Eu não poderia recusar seu último pedido.

Veja só como os grupos (e interesses) conflituosos podem se ampliar de modo impressionante se imaginarmos os problemas relativos, por exemplo, à 'questão' dos alimentos manipulados geneticamente. Temos, então: empresários e técnicos das indústrias de biotecnologia de alimentos, interessados em obter retornos para seus investimentos; produtores agrícolas desfavoráveis às inovações; médicos que recebem demandas de esclarecimentos de seus clientes; especialistas em bioética que procuram avaliar prós e contras, baseados em posições e/ou princípios nem sempre suficientes para lidar com a presente ignorância acerca dos efeitos à saúde dos ditos 'alimentos transgênicos'; políticos que são obrigados a compatibilizar pressões de *lobbies* da indústria e de seus grupos de sustentação política em meio a eventuais expectativas públicas de definições; profissionais da área da saúde na burocracia governamental que devem propor e decidir políticas de controle/gerenciamento; epidemiologistas que pretendem desenvolver estudos sobre possíveis danos à saúde das populações e que buscam financiamento para tais fins. Diante dessas diferentes formas de se compreender o risco, é possível entender por que não se chega a uma conclusão definitiva quanto ao que é de fato risco e, portanto, por que alguns riscos são selecionados como perigos e outros não.

Qual é a relação do risco com aspectos das sociedades atuais relacionados à industrialização, globalização e velocidade das trocas econômicas?

O 'risco', visto em termos ambientais ou particularizado na idéia de 'estilo de vida', é um elemento estreitamente vinculado às sociedades modernas. Isso pode ser percebido nos modos como a construção da idéia de corpo e da imagem de si próprio ocorre dentro de uma cultura de risco. Parece existir coletivamente uma percepção de pairar sobre todos nós uma ameaça, que pode se efetivar, de modo particularizado, a qualquer instante. Especialmente se não nos precavermos, como mandam os princípios da prevenção em saúde, das normas de segurança no trabalho, das precauções nas atividades cotidianas não só urbanas, mas, também, rurais (vide o uso inadequado de agrotóxicos).

Como diz um sociólogo alemão, Ulrich Beck (1992), vive-se em uma sociedade globalizada de risco – uma sociedade catastrófica. Sua afirmação se dirige, por um lado, ao mundo capitalista avançado – onde se destacam os riscos de acidentes tecnológicos de caráter coletivo, resultantes do processo de modernização desses países. Por outro, assinala os riscos da pobreza nas sociedades da escassez no dito Terceiro Mundo e também nos bolsões de pobreza nas áreas mais privilegiadas do mundo industrializado.

Um dos encaminhamentos possíveis para o público com maior poder aquisitivo, diante das configurações de risco divulgadas, é buscar o setor econômico responsável pela oferta/comercialização de produtos de proteção/prevenção aos riscos. Temos, então, serviços, práticas, bens de consumo de diversos tipos para enfrentar/prevenir as potenciais

ameaças à saúde. No entanto, é importante assinalar, não há garantias incondicionais de que, procedendo-se assim, estaremos incondicionalmente protegidos, pois o risco é uma entidade probabilística.

Em geral, as situações de exposição não se apresentam de modo a permitir que as previsões dos agravos sejam certas, imediatas, indiscutíveis. Sempre há a possibilidade de ocorrerem imponderabilidades incontroláveis.

E isso não é apenas um detalhe. É possível perceber o surgimento de resistência popular à ideologia do risco, quando se recusam as características próprias à lógica da probabilidade. Tal resistência pode ser ilustrada por dois modelos básicos, muitas vezes baseados em casos ocorridos no campo pessoal: a) alguém de idade avançada, cuja exposição a fatores de risco durante a vida não alterou sua saúde ou sobrevida; b) alguém no "vigor da juventude", sem história de exposição, que inesperadamente falece em virtude de um evento vinculado a reconhecidos fatores de risco.

Não há como negar a força presente na idéia do 'risco'. As repercussões são evidentes em inúmeros detalhes de nosso dia-a-dia, a ponto de se incorporarem em nossas preocupações cotidianas. Diante disso, é preciso ter em mente a dimensão múltipla do risco: é um conceito produzido em uma época particular; está ligado a determinada visão do mundo e do que é o ser humano, de modo a influenciar os correspondentes estudos; as pessoas lidam e percebem seus riscos (e dos outros) de modos variados, envolvendo aspectos que ultrapassam os limites propostos pelas disciplinas científicas.

Sugestões de leitura e de site

CASTIEL, L. D. *Vivendo entre Agravos e Exposições: a teoria da relatividade do risco*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CASTIEL, L. D. Lidando com o risco na era midiática. In: MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. (Orgs.) *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2002.

GUILAM, M. C. R. *O conceito de risco sua utilização pela epidemiologia, engenharia e ciências sociais*, 1996. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

< <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/> >

Referências bibliográficas

BECK, U. *Risk Society: towards a new modernity*. London: Sage, 1992.

GIDDENS, A. *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

- GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.
- GORDIS, L. *Estimating Risk and Inferring Causality in Epidemiology and Health Risk Assessment*. New York: Oxford University Press, 1988.
- HOUAISS, A. & VILAR, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- LAST, J. M. (Ed.) *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1989.
- LUPTON, D. *Risk*. New York: Routledge, 1999.
- PORTO, M. F. S. O conceito de risco e o risco tecnológico. 1991. (Mimeo.)
- ROTHMAN, K. *Epidemiologia Moderna*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A., 1987.
- ROUQUAYROL, Z. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.

Bibliografia complementar

- ARMSTRONG, D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17(3):393-404, 1995.
- BACKETT, K. & DAVISON, C. Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours. *Social Science and Medicine*, 40(5):629-638, 1995.
- BERNSTEIN, P. *Against the Gods: the remarkable story of risk*. New York: John Wiley & Sons, 1996.
- CARTER, S. Boundaries of danger and uncertainty: an analysis of the technological culture of risk assessment. In: GABE, J. (Ed.) *Medicine, Health and Risk: sociological approaches*. London: Blackwell Publishing, 1995. (Sociology of health and illness monograph series)
- CASTIEL, L. D. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas. Papirus, 1994.
- DAVISON, C.; SMITH, G. D. & FRANKEL, S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness*, 13(1):1-19, 1991.
- DOUGLAS, M. *Risk Acceptability According to the Social Sciences*. London: Routledge and Kegan Paul, 1986.
- FEATHERSTONE, M. *Cultura de Consumo e Pós-Modernismo*. São Paulo: Studio Nobel, 1995.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FORDE, O. H. E. Is imposing risk awareness cultural imperialism? *Social Science and Medicine*, 47(9):1.155-1.159, 1998.
- GABE, J. Health, medicine and risk: the need for a sociological approach. In: GABE, J. (Org.) *Medicine, Health and Risk. Sociological Approaches*. London: Blackwell Publishing, 1995. (Sociology of health and illness monograph series)
- GIDDENS, A. *Modernity and Self-Identity: self and society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press, 1991.

- GIFFORD, S. M. The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. In: CRAIG R. et al. *Anthropology and Epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Boston: D. Reidel, 1986.
- HAYES, M. V. The risk approach: unassailable logic? *Social Science and Medicine*, 33(1):55-70, 1991.
- HAYES, M. V. On the epistemology of risk: language, logic and social science. *Social Science and Medicine*, 35(4):401-407, 1992.
- HENNEKENS, C. H. & BURING, J. E. *Epidemiology in Medicine*. Boston, Toronto: Little Brown and Company, 1987.
- KENEN, R. H. The at-risk health status and technology: a diagnostic invitation and the "gift" of knowing. *Social Science and Medicine*, 42(11):1.545-1.553, 1996.
- LAKOFF, G. & JOHNSON, M. *Metáforas de la Vida Cotidiana*. Madrid: Cátedra, 1980.
- LITTLE, M. Assignments of meaning in epidemiology. *Social Science and Medicine*, 47(9):1.135-1.145, 1998.
- LUHMANN, N. *Observations on Modernity*. Stanford: Stanford University Press, 1998.
- LUPTON, D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23(3):425-435, 1993.
- LUPTON, D. *Medicine as Culture: illness, disease and the body in western societies*. London: Sage, 1994.
- LUPTON, D. & CHAPMAN, S. "A healthy lifestyle might be the death of you": discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay people. *Sociology of Health and Illness*, 17(4):477-494, 1995.
- MACINTYRE, S. The public understanding of science or the scientific understanding of the public? A review of the scientific context of the "new genetics". *Public Understanding of Science*, 4(3):223-232, 1995.
- MACMAHON, B. & PUGH, T. *Epidemiology Principles and Methods*. Boston: Little, Brown and Co., 1970.
- MCCARRON, D. A. Diet and blood pressure the paradigm shift. *Science*, 281:933-934, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS. *Manual sobre Enfoque de Risco na Saúde Materno-Infantil*. Brasília: MS, 1983.
- PEARCE, N. White swans, black ravens, and lame ducks: necessary and sufficient causes in epidemiology. *Epidemiology*, 1(1):47-50, 1990.
- SCOTT, S. & FREEMAN, R. Prevention as a problem of modernity: the example of HIV and Aids. In: GABE, J. (Ed.) *Medicine, Health and Risk: sociological approaches*. London. Blackwell Publishing, 1995. (Sociology of health and illness monograph series)
- SKOLBEKKEN, J. A. The risk epidemic in medical journals. *Social Science and Medicine*, 40(3):291-305, 1995.
- SPINK, M. J. Tópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6):1.277-1.311, 2001.
- THOMPSON, P. B. & DEAN, W. 1996. Competing conceptions of risk.
< <http://www.fplc.edu/risk/profRisk.htm> >. Acesso em: 11/10/01.
- WILLIAMS, S. J. & CALNAN, M. The "limits" of medicalization?: modern medicine and the lay populace in "late" modernity. *Social Science and Medicine*, 42(12):1.609-1.620, 1996.

A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde

Geraldo Lucchese



Para início de conversa...

No Brasil, a saúde é um **direito social**, inscrito na Constituição Federal de 1988, que também instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de concretizar esse direito. O artigo 200 da Constituição Federal estabelece, em seus incisos I e VI, a competência do SUS para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e também fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano.

Para regulamentar a estrutura e o funcionamento do SUS, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 –, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei afirma, em seu artigo 6º, que estão incluídas, no campo de atuação do SUS, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária (Visa), a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

O SUS tem como diretrizes principais a 'descentralização', a 'integralidade do atendimento com prioridade à prevenção' e a 'participação da comunidade'. A atividade de vigilância sanitária, portanto, não somente faz parte das competências do SUS como tem caráter prioritário, por sua natureza essencialmente preventiva.

O espírito dessa legislação permite que se perceba e analise a vigilância sanitária como um espaço de intervenção do Estado, com a propriedade – por suas funções e instrumentos – de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário e os ambientes às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a coletividade, assim como às necessidades do sistema de saúde.

Marshall (1967) distingue, na história política das sociedades industriais, três fases de lutas por **direitos**: a) a luta pela conquista dos 'direitos civis', como a liberdade de pensamento e de expressão, no século XVIII; b) a reivindicação dos 'direitos políticos', de organização, voto, propaganda e sufrágio universal, no século XIX; c) os 'direitos sociais', conquistas do século XX, em consequência do desenvolvimento da democracia e da ampliação do poder político das organizações operárias, diretamente ligados ao exercício da cidadania, como o direito à saúde e à educação.



Para saber mais sobre cidadania, leia MARSHALL, T. H.

Cidadania, Classe Social e Status.
Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

As ações da vigilância sanitária têm exatamente o propósito de implementar as concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Por esse motivo é que se entende que esta área é um instrumento importante tanto para a alteração do nosso antigo modelo assistencial de saúde quanto para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania em nosso país.

Cidadania e vigilância sanitária

A vigilância sanitária pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais. Sua natureza exige uma ação interdisciplinar e interinstitucional e a mediação de setores da sociedade, por meio de canais de participação constituídos. No âmbito do SUS, a vigilância sanitária representa um poderoso mecanismo para articular poderes e níveis de governo e para impulsionar ações e movimentos de participação social.

Uma plena estruturação da vigilância sanitária é requisito fundamental para a implantação do SUS, em especial devido ao seu poder normativo e fiscalizador dos serviços contratados e da qualidade dos insumos terapêuticos consumidos pelos serviços. É grande o seu potencial de contribuição à ruptura e superação do antigo padrão de ação governamental no campo da saúde, acusado de ineficiente, perdulário e fraudulento. Tal competência apresenta visível interface com a área de avaliação e controle, que precisa ser politicamente trabalhada visando a superar conflitos e potencializar suas ações.

A qualidade da gestão dos serviços do SUS, por exemplo, pode ser amplamente aperfeiçoada por meio do uso adequado dos instrumentos de que a vigilância sanitária dispõe. Além disso, a qualidade das relações entre os prestadores desses serviços e a população que os recebe também pode ser resguardada pela ação da fiscalização sanitária.

A vigilância sanitária constitui um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde, pelo fato de lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos – e relacionados com suas necessidades básicas – e pela necessária interação com a sociedade, função que é exigida para o adequado gerenciamento do risco sanitário. Há um grande espaço, precariamente explorado, para a ação educativa no âmbito da vigilância sanitária, tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos da cidadania. A vigilância sanitária acopla a necessidade da dimensão educativa à possibilidade da ação punitiva formal.

Vista dessa forma, a vigilância sanitária é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde. Sua função principal é eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços. Em síntese, a vigilância sanitária tem um papel importante na estruturação do SUS, principalmente devido à:

- ação normativa e fiscalizadora sobre os serviços prestados, produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde;
- permanente avaliação da necessidade de prevenção do risco;
- possibilidade de interação constante com a sociedade, em termos de promoção da saúde, da ética e dos direitos de cidadania.

Explorar e utilizar tais atributos e possibilidades da vigilância sanitária constitui um dos maiores desafios para os gestores da saúde – federais, estaduais e municipais –, tendo em vista a necessidade de desenvolver e qualificar as possibilidades de intervenção preventiva no campo da saúde. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), recentemente formalizado em lei, é um dos principais instrumentos do SUS para a realização deste objetivo da prevenção.

Um pouco de história...

A legislação da década de 1970, que conformou os fundamentos jurídicos do arranjo de vigilância sanitária até hoje vigente, não continha a idéia de um **sistema**, apesar de ter dividido, entre os níveis federal e estadual, as competências necessárias à intervenção estatal nesta área. Essa legislação referia-se principalmente à vigilância de produtos, cujas ações foram razoavelmente descentralizadas e distribuídas entre a esfera estadual e a federal. As competências dos municípios não estavam definidas.

Tal divisão de tarefas, definida na Lei n. 6.360/76, traz, ainda que implicitamente, a necessidade de uma ação articulada entre aquelas esferas de governo. Apesar da divisão de atribuições, que deixava às secretarias estaduais o pesado encargo das fiscalizações, não havia na legislação a definição sobre as fontes de recursos para a realização das tarefas. A União cobrava preços públicos das empresas peticionárias e os estados cobravam pelos alvarás de licenciamento, mas os preços sempre foram baixos e não suportavam o orçamento necessário. Supunha-se que os orçamentos da União e dos estados contemplassem esses recursos.

A falta de estrutura e de uma doutrina de ação sistêmica fez com que a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS), também criada no ano de 1976, trabalhasse com as secretarias estaduais de forma assistemática. Esporadicamente, repassava recursos do Ministério da Saúde, mediante convênios, para as secretarias estaduais organizarem e aperfeiçoarem suas ações de vigilância sanitária. Porém, nem a estrutura federal nem a dos órgãos estaduais de vigilância sanitária acompanharam o crescimento do parque produtivo nacional, e foram ficando gradativamente defasadas, com organização precária, diante da magnitude do **setor regulado** e das tarefas que a lei lhes outorgava. Sem capacidade fiscalizadora suficiente, esse modelo de vigilância adquiriu características marcadamente **cartoriais**.

Nos anos finais da década de 80, foram realizados alguns diagnósticos sobre a insuficiência do nível federal e a necessidade de reestruturar e ampliar a SNVS/MS. Mas foi somente nos primeiros anos da década de 90 que se explicitaram as primeiras idéias sobre a possibilidade de organizar as ações de vigilância sanitária em um sistema nacional. Documentos de trabalho da SNVS/MS mostravam a necessidade de repensar o arranjo da vigilância sanitária nacional.

Em sua acepção mais simples e geral, a idéia de **sistema** refere-se a qualquer conjunto de instituições ou processos caracterizados por um certo grau de interdependência. Nele, há pelo menos dois componentes básicos: as unidades singulares que o compõem e as relações que essas unidades estabelecem em sua convivência. Assim, para ser observado adequadamente, um sistema precisa ser considerado sob este duplo e indivisível aspecto: como uma constelação de unidades ou membros e como uma rede de relações mais ou menos complexas que caracteriza sua convivência (Bobbio et al, 1986).

Setor regulado: termo usado para caracterizar o setor sujeito à vigilância sanitária. Designa produtores e prestadores de serviço da esfera privada e da esfera pública.

Características **cartoriais**, no sentido de que a análise dos documentos não é baseada na correspondente verificação empírica, ou seja, na inspeção sanitária.



Para saber mais, leia

LUCCHESE, G. *A Vigilância Sanitária: o elo perdido.*

Londrina: Cebes, 1992.

Os escândalos ocorridos nos anos de 1996, 1997 e 1998, especialmente nas áreas de serviços e de medicamentos, fizeram com que a sociedade tomasse conhecimento daquilo que já era explícito para os que trabalhavam com vigilância sanitária: a fragilidade. Um manifesto dos servidores ao secretário da SVS, em agosto de 1993, declarava: “Os funcionários da SVS/MS têm consciência dos riscos para a população brasileira conseqüentes da gravidade da situação do controle sanitário hoje existente no mercado interno e também dos prejuízos sociais decorrentes desse quadro (...) o número de funcionários é absolutamente insuficiente face aos compromissos e atribuições (...) a situação é insustentável e um concurso público é uma necessidade inadiável (...) o estado de calamidade pública decretado pelo Exmo. Presidente na área da saúde é uma realidade de muitos anos na vigilância sanitária”.

Em 1990, o governo Collor fez uma reformulação geral na SNVS/MS, sob influência forte das idéias liberalizantes. Entretanto, a busca de eficiência administrativa, por meio da simplificação da organização da SNVS/MS – que perdeu o ‘nacional’ do nome e se transformou em SVS/MS – sem considerar sua missão sanitária, gerou, na verdade, um esquema de aprovação rápida de petições sem a devida análise técnica, o que gerou suspeitas de corrupção.

Em 1993 – ano bastante conturbado na história da vigilância federal, por sucessivas trocas em sua direção – foram retomadas as discussões sobre a necessidade da formação de um sistema nacional de vigilância sanitária. Chegou-se a convocar uma conferência nacional para debater a vigilância sanitária, que, entretanto, não foi realizada. Nessa época era generalizada a percepção da extrema precariedade da vigilância sanitária federal. Em 1994 foi formalizada a intenção de criar um sistema nacional de vigilância sanitária com a edição da Portaria GM/MS n. 1.565/94, cujos mandamentos nunca foram cumpridos. Nesse mesmo ano foram realizados os primeiros movimentos com o objetivo de criar uma autarquia para o órgão federal de vigilância sanitária.

O processo de reformulação da SVS/MS e sua transformação em autarquia especial foi efetivado, estendeu-se de 1995 até 1999, e se deu de modo relativamente fechado à participação dos estados e municípios. A condução política desse planejamento invertia a lógica racional e planejava o desenho do órgão federal da vigilância sanitária antes de conhecer e debater a organização do sistema nacional que ele deveria coordenar. Depois de sua posse, em 31 de março de 1998, o ministro José Serra, em ambiente de crise na questão do controle sanitário e em época eleitoral, recomendou a expressa agilização na criação da nova autarquia.

Em 30 de dezembro de 1998, o presidente da República apresentou a Medida Provisória n. 1.791 ao Congresso Nacional, com a proposta que definia o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criava a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Essa Medida Provisória (MP) foi aprovada, em tempo recorde, na convocação extraordinária do Congresso Nacional, em 13 de janeiro de 1999, por votação simbólica, ou seja, as lideranças de todos os partidos concordaram com sua aprovação por aclamação. A conversão da MP resultou na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

As negociações no Congresso envolveram um compromisso de que fossem, depois, realizadas algumas mudanças na lei. Um mês depois, em 27 de fevereiro de 1999, foi publicada a MP n. 1.814, que alterava dispositivos da Lei n. 9.782/99.

Essa MP foi reeditada 34 vezes – a última foi a MP n. 2.190-34, de 23 de agosto de 2001. Algumas reedições trouxeram novas alterações, não somente na Lei n. 9.782/99, mas em outras leis vigentes no país.

A I Conferência Nacional de Vigilância, realizada em novembro de 2001, abre, finalmente, o espaço necessário para que se analise o arranjo existente entre os três níveis

de governo, com vistas a operacionalizar as ações de vigilância sanitária no Brasil. Tal arranjo recebeu a denominação de Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) na Lei n. 9.782/99, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em substituição à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

A vigilância sanitária

As principais unidades componentes do SNVS – que, antes de ser formalizado na lei, não foi objeto de debates sobre a sua composição, estrutura ou operacionalização – são:

1 - No nível federal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e tecnicamente à Anvisa.

2 - No nível estadual, os 27 órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de Saúde, que também contam com o suporte de um laboratório central em cada unidade da federação, com grandes diferenças de capacidade analítica; em sua maioria, atendem também à demanda por exames clínicos.

3 - No nível municipal, os serviços de vigilância sanitária dos 5.543 municípios, que variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa.

O componente federal do sistema foi completamente reformulado com a criação da Anvisa, que atendeu às diretrizes do Plano de Reforma do Aparelho do Estado, desenvolvido pelo governo federal a partir de 1995. É uma agência reguladora – autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira –, que regulamenta e coordena o sistema nacional e também executa ações de controle.

A Anvisa, cujo processo de constituição também não foi aberto e debatido com as outras unidades componentes do sistema, encontra-se em fase de estruturação dos seus recursos, principalmente físicos e humanos.

O INCQS, por seu turno, tem a função de dar **suporte laboratorial às ações de vigilância sanitária** em todo o território nacional e coordenar a rede estadual de laboratórios.

A Anvisa incorporou as competências da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS), além de outras como: coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); execução do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; monitoramento de preços de medicamentos e de produtos para a saúde; aplicação de penalidades por concorrência desleal ou preços excessivos; regulamentação sanitária de derivados do tabaco; assessoramento técnico ao Instituto

Suporte laboratorial às ações de vigilância sanitária pela realização de análises laboratoriais. O INCQS realiza as análises laboratoriais previstas na legislação sanitária somente para o poder público, seja por denúncia ou por programas em parceria com instituições do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O INCQS mantém intensa atividade de cooperação com os laboratórios da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, os Laboratórios Centrais (Lacen).
Referência: Atividades Institucionais. Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS/Fiocruz/MS, 2001- 2004.

Nacional de Propriedade Industrial (INPI); intervenção temporária na administração de entidades produtoras que utilizam recursos públicos e dos prestadores de serviços ou produtores exclusivos ou estratégicos para o abastecimento do mercado nacional, em casos específicos; fiscalização da propaganda e publicidade de produtos sob regime de vigilância sanitária e concessão do certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação, entre outras.

A administração da agência é regida por um contrato de gestão, negociado entre o seu diretor-presidente e o ministro da Saúde, com a concordância dos ministros da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão. O contrato, que tem validade de três anos, contém um anexo com um Plano Anual de Ação e Metas, que estabelece os compromissos da agência. A repactuação de metas ou outros termos do contrato pode ser feita anualmente, por meio de termo aditivo. O contrato de gestão serve como instrumento de avaliação da atuação administrativa da agência, que é realizada por uma comissão de avaliação constituída pelo Ministério da Saúde. Para os efeitos de acompanhamento e avaliação, a Anvisa elabora dois relatórios, um semestral e outro anual, os quais devem ser amplamente divulgados.

Um orçamento significativo – mais de dez vezes superior ao existente em 1995 –, a condição de autarquia especial e a possibilidade de contratação temporária deram agilidade e autonomia para a administração da vigilância sanitária federal, que repercutiu diretamente na capacidade de coordenação do sistema proposto.

Tabela 1 – Dotação orçamentária do órgão federal de vigilância sanitária 1995-2000 – valores correntes (em R\$ 1.000,00)

Ano	Autorizada (a)	Executada (b)	b/a (%)
1995	13.187	2.961	22,45
1996	45.687	4.433	9,70
1997	55.539	19.201	34,57
1998	78.400	23.851	30,42
1999	140.815	130.533	92,65
2000	161.400	141.800	87,85

Fonte: Anvisa – Relatórios de Gestão 1999 e 2000.

Um completo mapeamento dos serviços executados pela vigilância sanitária federal, articulado com um aumento substancial dos valores cobrados às empresas, ensejou uma organização administrativa melhor e uma arrecadação mensal significativa. A receita própria da Anvisa com as taxas de fiscalização sanitária, em 2000, foi de cerca de R\$ 83 milhões, com a arrecadação média de 7 milhões mensais (Relatório de Gestão, 2000).

Esses recursos, somados aos oriundos do Tesouro, permitiram à agência a sua instalação em prédio autônomo (alugado), a ampliação e valorização do quadro funcional e também a implementação de um programa de financiamento para estruturação do sistema, especialmente em seu componente estadual.

Tabela 2 – Transferências de recursos da Anvisa – 1999/2000 (em R\$ 1.000,00)

Programa	1999	2000
Apoio à estruturação dos laboratórios centrais	—	19.100
Apoio à reestruturação dos órgãos estaduais de Visa	13.179	20.600
Outros convênios para execução de projetos	10.665	31.500

Fonte: Anvisa – Relatórios de Gestão 1999 e 2000.

O programa transfere recursos financeiros de forma regular aos estados, com base nos termos de ajuste e metas, espécie de contrato assinado entre a Anvisa e os órgãos estaduais de vigilância sanitária. Tais acordos contêm os compromissos que os órgãos estaduais devem cumprir com o uso dos recursos repassados pela Anvisa. Está prevista, também, uma estratégia de acompanhamento e avaliação do desempenho dos órgãos estaduais. Deve-se ressaltar que a competência da regulação somente se completa com a avaliação dos resultados, função nova para a qual o SNVS precisa se preparar.

O componente estadual do SNVS

O componente estadual do SNVS está constituído pelos órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de Saúde – que, diferentemente da Anvisa, são unidades da administração direta das secretarias estaduais de Saúde (SES) – e pelos laboratórios centrais estaduais. Os órgãos estaduais de vigilância sanitária coordenam os sistemas estaduais e executam as principais ações de fiscalização do sistema nacional, além da cooperação técnica aos municípios. Contam com um corpo de técnicos e fiscais sanitários autorizados, distribuídos pelo nível central estadual e, em alguns estados, pelas diretorias regionais de saúde. Os fiscais estaduais constituem o quadro principal de técnicos de todo o sistema, para a realização de inspeções sanitárias de qualquer tipo.

Embora existam realidades muito diversas entre os estados em termos de condições e recursos – o que não recomenda generalizações –, pode-se afirmar que a grande maioria dos estados sofre de sérios problemas estruturais, especialmente na área de recursos humanos: suficiência, qualificação, salários, planos de cargos e carreira de fiscal, e carga horária. Um levantamento recente, em 18 estados e no Distrito Federal, revelou as principais deficiências dos sistemas estaduais de vigilância sanitária, em ordem de frequência:

Com uma gestão ainda muito tradicional e muito influenciada por interesses políticos, com poucas exceções, a institucionalização atual das ações de vigilância sanitária nas secretarias estaduais não se coaduna com as competências e as funções que o sistema reserva a este nível de governo.

- 1ª - Carência de recursos humanos especializados – 15 menções.
- 2ª - Espaço físico insuficiente ou inadequado; falta de transporte – 6 menções.
- 3ª - Salários baixos – 5 menções.
- 4ª - Insuficiência de sistema de informação, de plano de carreira para a vigilância sanitária e de recursos para as fiscalizações (diárias, combustível etc.) – 4 menções.
- 5ª - Carência de cursos de especialização e de equipamentos – 3 menções.
- 6ª - Precário suporte laboratorial; precária organização administrativa; precária coordenação entre os níveis de governo – 2 menções.
- 7ª - Insuficiência de suporte jurídico; falta de código sanitário; legislação desatualizada; marginalidade da vigilância sanitária na política de saúde – 1 menção.

Esse elenco de problemas expressa, principalmente, carências estruturais nos sistemas estaduais de vigilância sanitária, historicamente determinadas e com equacionamento dependente de decisões políticas de certa profundidade, que envolvem conhecimento da área, responsabilização, governabilidade e recursos orçamentários.

Talvez por isso seja tão difícil identificar providências em relação aos problemas básicos, como planos de carreira para os fiscais sanitários. A saúde, diferentemente de outras áreas que também exercem poder de polícia administrativa – como a previdência, a do trabalho, a agricultura e a fiscalização da receita –, não consegue implantar planos de cargos e salários para os seus agentes fiscalizadores. Os recursos para as ações de fiscalização e de autonomia administrativa foram indicados como outro forte condicionante da capacidade operativa da vigilância estadual.

Essas constatações são muito preocupantes, na medida em que os órgãos estaduais constituem o componente crítico do SNVS, não somente porque fazem o trabalho de articulação entre os outros dois níveis de governo, mas também porque detêm a carga mais substancial do trabalho de fiscalização, especialmente em serviços e produtos de média e alta complexidade.



Para saber mais, leia

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: rumos da vigilância sanitária no Brasil*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.

O componente municipal do SNVS

O componente municipal do sistema está representado pelos serviços de vigilância sanitária das secretarias municipais de Saúde ou outros órgãos encarregados da questão da saúde, neste nível de governo. Para a maioria dos municípios – com exceção dos maiores, a ação de vigilância sanitária representa uma nova competência. Eles coordenam, regulamentam

e executam ações locais de vigilância sanitária, conforme o seu porte e o tipo de habilitação à gestão do SUS. Não há informações sobre a existência de laboratórios municipais.

Antes de qualquer análise, é preciso considerar o fato de que há uma imensa disparidade de tipos, portes, riqueza e estrutura de municípios. Quando usamos o conceito de município, referimo-nos a um nível de governo, no plano jurídico-político-administrativo da federação. Entretanto, referimo-nos a unidades que diferem imensamente entre si, apesar de se enquadrarem no mesmo conceito. São realidades tão distintas em termos geográficos, demográficos, culturais, sociais e econômicos, que, muitas vezes, não comportam comparações ou julgamentos baseados em parâmetros comuns, muito menos políticas iguais para todos eles. Em sua imensa maioria, são municípios pequenos: 49,3% têm até dez mil habitantes, 74% têm até vinte mil habitantes e 96% têm até cem mil habitantes. Entretanto, esses 96% dos municípios brasileiros abrigam apenas 49,6% da nossa população, enquanto os municípios com mais de trezentos mil habitantes (1,1%) abrigam cerca de 34,5% da população. Esses dados reforçam a afirmação sobre a diversidade de problemas que essas unidades enfrentam.

A população está, cada vez mais, concentrada em grandes cidades e zonas metropolitanas, o que configura problemas sérios em alguns assuntos classificados como ações básicas de vigilância sanitária ou ações de média e alta complexidade, cuja execução é atribuída aos municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal. Essas tarefas exigem uma estrutura razoável para serem executadas, que a maioria dos municípios habilitados não tem.

A habilitação dos municípios nas duas formas de gestão é outro assunto que merece uma análise mais detalhada por parte dos gestores do SUS.



Pense um pouco...

- Como se admite, por exemplo, um município habilitar-se na gestão plena do sistema municipal, sem contar com a área de vigilância sanitária estruturada?
- Com que instrumentos ele fiscalizará a qualidade dos serviços sob sua gestão?

Entre os principais problemas indicados pelos dirigentes das vigilâncias sanitárias municipais, registram-se:

- 1) baixa qualificação do pessoal;
- 2) falta de, ou reduzida, autonomia administrativa;
- 3) insuficiência de recursos financeiros;

- 4) interferência política nas questões;
- 5) desconhecimento da legislação;
- 6) insuficiência de recursos humanos.

O problema da diversidade e fragilidade da inserção funcional do quadro de fiscais, da insuficiência de funcionários, da falta de qualificação e dos baixos salários, e outras deficiências indicadas repetem o quadro identificado nos estados e mostra claramente pontos muito críticos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

A atividade de vigilância sanitária no nível municipal ganhou importância com a política de descentralização, a criação do Piso Assistencial Básico/Vigilância Sanitária (PAB/Visa), da Anvisa e do SNVS, que reforçaram o município como a instância executora preferencial. Entretanto, a grande maioria dos municípios tem ainda uma estrutura muito precária para realizar as ações de vigilância sanitária – recursos financeiros, pessoal e autonomia administrativa, principalmente. O componente municipal do SNVS tem recebido os encargos previstos no elenco de ações de baixa e de média complexidade, que exigem estruturas de regulação e fiscalização bem montadas, mas esta não é a realidade da grande maioria dos municípios. Quase a metade dos municípios, por exemplo, desconhece os recursos que recebem do PAB/Visa, o que leva à suspeita de que a articulação entre as três esferas de governo é precária, quando ela precisa refletir-se nos níveis mais periféricos da execução.

Os fatos, em grandes linhas, mostram uma dificuldade muito grande para um arranjo que se pretende sistêmico. Ou seja, o funcionamento do todo está seriamente comprometido pela precariedade e desarticulação entre as partes. Contribui significativamente para essa situação a fragilidade da legislação em configurar um modelo sistêmico, na medida em que não regulamenta suficientemente as relações entre as unidades na gestão do sistema. Parece mais uma estrutura do tipo 'colcha de retalhos', agregada ao longo dos últimos vinte anos e sem unidade de doutrina técnica e jurídica.



Exemplo

Uma outra grave incongruência é identificada no sistema, do ponto de vista da gestão: o poder formal de coordenação e decisão, e portanto de controle, está principalmente alocado em uma esfera de governo, a federal; entretanto, o poder e a detenção real da possibilidade de ação fiscalizadora estão alocados em outra esfera, a estadual. É legítimo questionar a adequação ou a suficiência do Termo de Ajuste e Metas para articular essa fratura de poder, que coloca em risco a eficiência do sistema.

A transferência de expressivos recursos federais aos estados, como vimos anteriormente, subordinados aos convênios do Termo de Ajuste e Metas traz, em tese, uma perspectiva otimista de mudança do quadro geral de precariedade estrutural dos órgãos estaduais, componente crítico do SNVS. No entanto, é questionável se apenas esse tipo de providência é suficiente para que o nível estadual, em sua diversidade nacional, realize as transformações estruturais necessárias ao adequado funcionamento do SNVS. As diversas fontes de recursos e os convênios não estão contextualizados em um plano diretor de estruturação do sistema; apenas definem compromissos específicos de ambas as partes, subentendendo que o resultado final será o reforço da infra-estrutura estadual e, conseqüentemente, do sistema como um todo.

Chama a atenção o fato de que o SNVS fundamenta-se em uma racionalidade de consenso, que deve ser buscado na dimensão da política, cujo processo de tomada de decisões é difícil e mais demorado. A falta de mecanismos formais e legais de direção

do SNVS – no plano horizontal, para a construção conjunta de políticas e programas, e no plano vertical, para a eficiência da comunicação e da ação de cada estado com o nível central – sugere um arranjo organizacional/institucional de baixo grau de coesão e de compromisso estrutural entre as partes do sistema. A direção da Anvisa e sua função de coordenação do SNVS não podem ser confundidas com a direção do SNVS. Cabe, então, a pergunta: qual é a instância formal de direção do SNVS?

A relação entre os níveis federal, estadual e municipal parece estanque, mais dependente de desempenhos pessoais do que de mecanismos formais e conduta fundamentados em um corpo doutrinário, com princípios e paradigmas comuns, de compreensão e aceitação tácita por todos os envolvidos. Em outras palavras, o SNVS permanece como um arranjo quase voluntário.

A falta de independência orçamentária dos órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária é outra questão crítica a ser considerada na estrutura do sistema. Em geral, seus dirigentes dependem de negociações políticas a cada vez que necessitam de recursos para realizar suas atividades, embora elas estejam programadas e façam parte do orçamento aprovado. A liberação desses recursos está sujeita a um processo administrativo centralizado e demorado. Assim, as licitações, por exemplo, são morosas, dependentes de outros órgãos da administração estadual, o que retira a agilidade necessária a um órgão com função fiscalizadora.

O processo de incorporação das ações de vigilância sanitária pelos municípios é tema que merece uma análise mais aprofundada, pois ela não deve reproduzir a cultura atual da vigilância sanitária. Principalmente nesse nível de governo, não tem sentido uma estruturação dos serviços de vigilância sanitária de forma fragmentada e desarticulada dos outros serviços, especialmente de outras ações de proteção à saúde. Mesmo com suas diferentes interpretações, a concepção de 'vigilância à saúde', ou 'vigilância da saúde', no nível dos municípios, parece oferecer avanços conceituais, metodológicos e instrumentais que poderiam contribuir para uma redefinição dos processos de trabalho e para a reorganização do modelo de serviços que, atualmente, constitui o principal desafio dos sistemas municipais de saúde.

A descentralização precisa ser pensada e executada de forma a permitir a suplementação das ações de cada nível de governo, principalmente porque há uma necessária divisão de trabalho entre eles na conformação do sistema. Todas as espécies de riscos regulamentados devem ser controladas pelo SNVS. Quando a unidade de execução preferencial não for competente ou suficiente para executar o controle necessário, as outras unidades devem agir suplementarmente, pois a população não pode ficar exposta. Como salientam alguns dirigentes estaduais, comentando o processo de municipalização, a ação executiva da vigilância sanitária estadual, por muito tempo ainda, deverá ser necessária.

Embora carente de substrato jurídico, técnico e administrativo, e fruto de um processo não planejado e participativo, o SNVS tem características de uma solução singular para o caso da regulação sanitária no Brasil. Um arranjo misto que: a) exige o entendimento e a ação racional entre os governos dos entes federados; b) pretende eliminar as superposições e o desperdício de recursos, ao mesmo tempo que garanta a proteção à saúde da população; c) subentende que o objetivo comum deve superar as barreiras dos interesses divergentes no cenário da política nacional e local; d) aposta no entendimento sobre a complementaridade das ações dos três níveis de governo.

Não bastasse a complexidade de sua gestão, o SNVS padece de graves problemas que podem comprometer, de forma fatal, a sua plena realização. Sem um plano diretor estratégico para sua implementação, a política formulada pelos gestores das partes componentes reduz-se, principalmente, a negociar e definir transferências de recursos.

Como as leis definem mais ou menos o que compete a cada um fazer, presume-se que o resultado final seja o funcionamento do sistema, embora este esteja precariamente definido e apoiado em uma interpretação inadequada do processo de descentralização.

A fragilidade institucional do SNVS não afeta apenas a área do risco sanitário. Ela compromete a ação reguladora do governo, tanto no plano interno quanto no externo, com repercussões negativas mesmo na área econômica.

Algumas das graves carências estruturais do nível federal exibidas pela extinta SVS/MS parecem estar sendo equacionadas com a criação da Anvisa, que tem o estatuto de agência reguladora no plano da administração pública federal. Entretanto, as sérias carências dos outros níveis de governo, notadamente aquelas dos estados, não sofreram intervenção de tamanho significado político-administrativo, ficando quase incólumes em suas precariedades. No caso do SNVS, as partes são dependentes entre si, em termos de cumprimento de suas competências, e quando uma não funciona direito, a repercussão acontece em todo o sistema. São urgentes a sua revisão, o seu fortalecimento e a sua adequação às necessidades do país.

A educação científica do público deve ser parte fundamental da ação reguladora do SNVS, que não pode permanecer passivo diante da cultura de isolamento na tomada de decisões que afetam a vida cotidiana dos cidadãos. A informação científica e técnica detalhada é essencial para o trabalho dos agentes do SNVS, mas sua linguagem e correta interpretação não são acessíveis à maioria dos grupos sociais e, por isso, ensinam pouco sobre a maneira de estar no mundo e perceber as novas tecnologias. Uma das tarefas principais do SNVS seria reunir as (complexas) informações técnicas e científicas necessárias a cada assunto, e também apreender a percepção popular e a lógica empirista sobre os mesmos assuntos, considerando-as também legítimas, e realizar o que Santos (1986), em magistral construção, chama de reencontro entre a ciência e o senso comum. Em outras palavras, o conhecimento científico aprende com o senso comum e transforma-se em

saber prático, em informações capazes de tornar compreensível o risco envolvido, em cada assunto, à população, que, assim, orienta suas ações com nova qualidade. Dessa maneira, o conhecimento científico é traduzido em saber prático e realiza-se orientando as decisões cotidianas; o conhecimento vulgar, por sua vez, reconfigura-se e transforma-se em conhecimento e sabedoria de vida. A política de comunicação do risco tem um duplo sentido para o SNVS: realizar sua missão no campo da promoção da saúde e buscar outro paradigma de ação para a vigilância sanitária em sua relação com a sociedade.

Um plano diretor estratégico para a implementação do SNVS parece ser imprescindível. Esse plano, debatido e negociado democraticamente entre as partes, deve definir as estratégias para a superação dos problemas crônicos de infra-estrutura do SNVS – recursos humanos, suporte para análises laboratoriais, sistemas de informação, assessoria jurídica, autonomia administrativa e recursos financeiros.

Algumas perguntas básicas podem ajudar nessa busca. A primeira é: o desenho atual no SNVS e a divisão de trabalho entre seus componentes são os mais adequados para o cumprimento da missão da vigilância sanitária? Em caso positivo, como resolver as insuficiências do SNVS? Cada unidade deve encontrar sua maneira de solucioná-los? Isso não geraria uma diversidade tão grande a ponto de comprometer uma homogeneidade mínima e a eficácia do sistema? Seriam possíveis soluções mais coletivas, que valham para o conjunto de unidades, para cada um desses problemas infra-estruturais? Nesse caso, como fazer?

Além da busca de respostas às principais deficiências do SNVS, o plano diretor precisa identificar ações fundamentais para a sua eficácia, como:

a) Articular e aprofundar o trabalho com as áreas de ciência e tecnologia, buscando o fortalecimento no trabalho com 'avaliação do risco'.

b) Buscar formas de trabalhar intensivamente no campo da promoção, com a 'comunicação do risco'; conhecer a percepção popular sobre o risco e conceber formas de reconfigurar a informação científica, não somente para realizar a competência educativa do SNVS, mas também para contribuir para uma mudança cultural das ações de vigilância sanitária.

c) Construir estratégia para aumentar a 'eficiência fiscalizadora do SNVS'. A legitimação social e política do sistema estará sempre ameaçada se a função de fazer cumprir a legislação não se tornar eficaz; tal estratégia, que inclui a superação dos problemas básicos antes mencionados, deve ser convertida em prioridade para as suas partes.

d) Debater o processo e o conceito de 'descentralização' como diretrizes operacionais principais da política de saúde, visando a uma tripla mudança: i) inserção da vigilância sanitária nas novas propostas de organização dos serviços municipais de saúde, integrando-a à concepção da 'vigilância da saúde'; ii) mudança na política de cooperação técnica usada na municipalização das ações de vigilância sanitária, para que tais ações não sejam apenas assimiladas pelo poder público municipal, mas também incorporadas à cultura local;

iii) um trabalho político incessante de avaliação do processo de descentralização e da divisão de trabalho que ela implica, buscando a racionalidade e a eficácia do sistema por meio de cálculos de custo-benefício das alternativas de proteção à população.

e) Realizar constantes 'avaliações sobre a estrutura e a concepção reguladora do SNVS', considerando seu desempenho real em termos das suas competências. A história de ineficácia da vigilância sanitária no país e a natureza peculiar da regulação do risco sanitário, especialmente as ações de natureza fiscalizadora, levam à exigência de 'avaliação contínua do desenho do SNVS', que, apesar de (re)formalizado pela legislação recente, não sofreu modificações fundamentais em relação à sua concepção e às suas crônicas insuficiências.

O SNVS, apesar de formalmente instituído pela Lei n. 9.782/99, sofre de uma completa carência de estruturação legal, administrativa e doutrinária. A relação da União com os estados é crítica para o sistema e merece debate e revisão, inclusive em termos da repartição do trabalho, como também as relações entre os três níveis de governo com a sociedade.

O momento atual da vigilância sanitária, no Brasil, mostra um processo de reestruturação percorrendo todas as partes componentes do SNVS: reformulação do nível federal, com a criação e estruturação da Anvisa e o seu contrato de gestão com o Ministério da Saúde; reaparelhamento e reestruturação dos órgãos estaduais, fundamentados nos recursos e objetivos dos termos de adesão e metas; criação de estruturas legais e operacionais para a execução das ações de vigilância sanitária no nível municipal.

O momento é valioso, pois essa reestruturação configura também um processo de transição, uma mudança há muito tempo buscada para a vigilância sanitária do país, que pode potencializar a plena estruturação do projeto de construção da cidadania no espaço social da saúde, como está inscrito na Constituição e na proposta do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, diagnostica-se falta de clareza sobre a direção desse processo de transição da vigilância sanitária, tanto em relação ao seu objetivo – aonde se quer chegar – quanto às estratégias políticas escolhidas. Não há um projeto de desenvolvimento, pelo menos formalmente explicitado, para o SNVS e, desse modo, não há um plano integral de trabalho direcionado para um objetivo claro, acordado e buscado por todas as unidades. A transição parece seguir uma tendência inercial, que superdimensiona a transferência de recursos entre os níveis de governo. Isso é importante, mas não suficiente.

É preciso ir além disso para alcançar a plena estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e garantir o cumprimento da sua missão de proteção à saúde da população brasileira.

Sugestão de leitura

LUCCHESE, G. *Globalização e regulação sanitária: rumos da vigilância sanitária no Brasil*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

Referências bibliográficas

BOBBIO, N. et al. *Dicionário de Política*. 2. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1986.

LUCCHESE, G. *Vigilância Sanitária: o elo perdido*. Londrina: Cebes, 1992. (Divulgação em saúde para debate, 7)

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

SANTOS, B. S. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento, 1986.

Bibliografia complementar

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOUTO, A. C. *Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil*, 1996. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

TEIXEIRA, F. C. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

Controle Social ou Controle Público?

Victor Vincent Valla



Para início de conversa...

Este texto representa um esforço de sistematizar considerações e proposições para a implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no tocante à proteção e promoção de saúde e, em particular, à proposta de controle social, contribuindo para a construção da cidadania, tema central da I Conferência Nacional da Vigilância Sanitária (**Visa**).

É consenso entre os responsáveis pela organização da conferência que a ação da Visa só será efetiva com o estabelecimento de uma parceria com a sociedade, em que deverá haver o desenvolvimento de atividades de educação para a saúde, aliado à democratização da informação e ao fortalecimento dos mecanismos de participação popular, com a ocupação de espaços hoje restritos ao poder público. A participação popular na formulação das políticas de proteção e promoção da saúde precisa constituir um dos elementos da **construção da cidadania**.

Citadas essas idéias norteadoras que representam o consenso dos organizadores da I Conferência de Visa, segue uma proposta de discussão que procura traduzir tais considerações com base no tema do controle social.

Controle social ou controle público?

A partir de uma iniciativa da professora Amélia Cohn, da Universidade de São Paulo, há uma discussão que cresce no Brasil, em torno da idéia de que o termo 'controle público' deve substituir o 'controle social'. A justificativa para essa mudança parte da constatação de que a correlação de forças que já existe no país é, de fato, um controle

Embora as ações de Visa sejam de competência exclusiva do Estado, suas questões são de responsabilidade pública, ultrapassando a esfera estatal.

Para a **construção da cidadania**, é fundamental a interação com a sociedade civil organizada e de caráter popular, que precisa fazer valer, no cotidiano, o seu direito à cidadania.



Para saber mais, leia
VIEIRA, L. *Cidadania e Globalização*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

O termo **sociedade civil** se refere aos setores da sociedade que se organizam de forma voluntária, como, por exemplo, os partidos políticos, sindicatos, as estações de televisão e rádio, a imprensa e as associações profissionais, comerciais e de moradores. Nada há que indique, de antemão, que o termo 'sociedade civil organizada' representa as forças da sociedade que poderiam implementar as mudanças necessárias para melhorar a qualidade de vida da população.

social. Assim, o controle social já existe, exercido por meio de uma forte concentração de domínio e de caráter conservador, na maioria dos governos, sejam eles estaduais, municipais ou federal.

É importante notar que se trata de um controle essencialmente governamental, e não da sociedade civil organizada e de caráter popular. Como é sabido, esse controle não é apenas de caráter governamental, sendo reforçado pelos meios de comunicação, tanto estações fortes e nacionais de televisão como jornais e estações de rádio. Há exceções, mas mesmo nos casos de alguns estados e municípios, que propõem uma participação mais ativa da sociedade civil organizada e de caráter popular, permanece muito forte a presença desse pensamento que atribui sua responsabilidade exclusivamente aos governos. É preciso cuidado com o termo **sociedade civil organizada**, pois ele, em si, não garante as mudanças sugeridas nas propostas dos organizadores da I Conferência de Visa.

Quando falamos em sociedade civil organizada e de caráter popular, tratamos daqueles setores da sociedade preocupados com o que os organizadores consideram como a construção da cidadania, a melhoria da qualidade de vida e o controle desse processo pela sociedade civil organizada e pelos cidadãos. Falamos em sociedade civil organizada de caráter popular, porque entendemos que essa parte da sociedade civil é composta de profissionais e organizações das classes populares que se preocupam com as condições de trabalho e vida de pelo menos 70% da população brasileira. Quando utilizamos o termo 'classes populares', estamos nos referindo a esses 70% da população, isto é, à grande parcela da população que, se não tiver um trabalho diário remunerado, corre o risco de não satisfazer suas necessidades mínimas de moradia e alimentação, mas que permanece muito distante de qualquer forma de realização profissional ou familiar.

Assim, a construção da cidadania é um processo de fortalecimento dos interesses das organizações da sociedade civil que mais se preocupam com as condições de vida da maioria da população.

Em termos de controle social, ou, como está sendo denominado aqui, de **controle público**, existe uma tarefa árdua, qual seja, o desenvolvimento de um processo para a efetiva inclusão das classes populares nas decisões nacionais, e, no caso em tela, no controle sobre as políticas de vigilância sanitária. Minha convicção é de que o conjunto de movimentos sociais e de partidos políticos que têm como proposta a melhoria de qualidade de vida das classes populares do país é insuficiente para gerar as mudanças necessárias a esse propósito. Embora haja exceções importantes, falta justamente a participação das classes populares nessa proposta de controle público, que hoje é conduzida essencialmente por profissionais e técnicos da classe média.

A proposta de utilizar o termo **controle público** contempla a possibilidade de questões como vigilância sanitária, e outras preocupações no campo da saúde pública, sofrerem interferência da sociedade civil organizada de caráter popular. Ou seja, de que o controle governamental seja menor e o controle público, maior, mesmo quando se trata dos governos estaduais e municipais vistos como 'progressistas' ou 'populares'.

A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes populares

Nossa dificuldade de compreender o que os membros das classes populares dizem está mais relacionada com a nossa postura do que com questões técnicas, como, por exemplo, a **lingüística**. Trata-se da dificuldade em aceitar que as pessoas 'humildes, pobres, moradoras da periferia' são capazes de produzir conhecimento, de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, e gerar uma interpretação que contribui para a avaliação dessa sociedade.

As grandes diferenças entre a escolarização dos profissionais da saúde e a de grande parcela da população fazem com que seja criado um mito segundo o qual o conhecimento seria produzido apenas pelos possuidores de diploma do terceiro grau. Frequentemente, nosso enfoque profissional sobre a idéia de iniciativa é equivocado. Na relação profissional-população, muitos de nós trabalhamos com a perspectiva de que a 'iniciativa' é parte da nossa tradição, e que a população falha neste aspecto, o que nos faz vê-la como passiva e apática.

Os profissionais e a população não vivem a mesma experiência, da mesma maneira. A forma de trabalho dos profissionais (nos serviços de saúde, no partido político, na associação de moradores, nas igrejas) pode não estar levando isso em conta, sobretudo porque o projeto que se desenvolve é, provavelmente, anterior ao contato com a população.

O exemplo que ilustra este ponto é o trabalho que o profissional da saúde pública desenvolve com a população moradora das favelas e dos bairros periféricos.

Toda proposta dos sanitaristas pressupõe a **previsão** como categoria principal, pois a própria idéia de prevenção implica um olhar para o futuro. Mas poderia ser levantada a hipótese de que esses setores da população conduzem suas vidas com a categoria principal de **provisão**. Com isso, pretende-se dizer que a lembrança da fome e das dificuldades de sobrevivência, enfrentadas no passado, faz com que o olhar principal esteja voltado para o passado e preocupado em prover o dia de hoje. Assim, a proposta da previsão estaria em conflito direto com a da provisão.



Antes de continuar a leitura deste texto, procure no dicionário o significado das palavras 'previsão' e 'provisão'.

É provável que, na concepção de que os **saberes dos profissionais** e da população são iguais, esteja implícita a idéia de que o saber popular copia o dos profissionais. Se a referência para o saber é o profissional, tal postura dificulta a chegada ao saber do

O professor José de Souza Martins, da Universidade de São Paulo, criou a expressão "a crise de interpretação é nossa". Com isso, estava se referindo às dificuldades que os profissionais em geral, inclusive os da saúde, têm em compreender o 'fazer' e o 'falar' das classes populares.

Segundo o dicionário *Aurélio*, **lingüística** é a ciência da linguagem e, em particular, da linguagem articulada.



-
- Previsão?
 - Não, eu falei provisão.
-

Os **saberes dos profissionais** são os saberes práticos, ou saberes da experiência. Eles representam o conjunto de conhecimentos que não são sistematizados por teorias. Esses saberes se integram à prática dos profissionais e são partes constituintes delas.

outro. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, com base em suas vivências, captadas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos o nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente e, portanto, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente.

Aquilo que, freqüentemente, para o profissional é conformismo, pode ser, para a população, uma avaliação rigorosa dos limites de melhoria. Há estudiosos da participação popular que entendem que, embora haja profissionais preocupados com a necessidade de a população se organizar e reivindicar seus direitos e serviços básicos de qualidade, na realidade a tradição dominante no Brasil é o convite das autoridades para que a população participe mais. Além disso, freqüentemente as autoridades querem a participação da população para poder solucionar problemas que elas não conseguem resolver. Nessa concepção está incluída a idéia de que a anuência ao convite para participar seria uma forma de os governos se legitimarem.

Embora muitos profissionais sejam sinceros na sua intenção de colaborar com uma participação mais efetiva, e de acordo com os interesses populares, a população os identifica como atrelados às propostas das autoridades das quais ela, em geral, descrê. Daí a sua aparente falta de interesse em 'participar'.

É necessário que o esforço de compreender as condições e experiências de vida, e também a ação política da população, seja acompanhado de maior clareza das suas representações e visões de mundo. Do contrário, corremos o risco de procurar uma suposta identidade, consciência de classe e organização que, na realidade, é uma fantasia criada por nós, já que há várias subdivisões, na cidade e no campo, entre as classes populares no Brasil.

É possível que um dos grandes problemas para os profissionais, pesquisadores e militantes seja a forma com que as classes populares encaram a vida, uma existência cercada de pobreza e sofrimento. É bem provável que esses setores da população tenham enorme lucidez sobre a sua situação social, o que pode significar também que seja ilusória uma considerável melhoria de vida. A crença em melhorias e numa solução mais efetiva pode apenas ser um desejo, embora importante, da classe média comprometida. Isso significaria que a percepção da população seria mais lúcida e realista, a não ser que se configure uma conjuntura com indicações de possibilidades reais de mudança que favoreçam as classes populares.

Uma das coisas mais difíceis para os profissionais/mediadores admitirem, nos contatos que desenvolvem com as classes populares, é a cultura popular como uma teoria imediata, isto é, um conhecimento acumulado e sistematizado, que interpreta e explica a realidade. A formação escolarizada da classe média, e mesmo daqueles profissionais que agem como **mediadores** entre os grupos populares e a sociedade, freqüentemente os leva a ter dificuldade em aceitar o fato de que o conhecimento também é produzido pelas

Quantas vezes conclamamos a população a se manifestar numa reunião, como prova do nosso compromisso com a 'democracia de classe média', e, uma vez concluída a fala popular, procuramos voltar 'ao assunto em pauta', entendendo que a fala popular foi uma interrupção necessária, mas, com certeza, sem conteúdo ou valor.



Exemplo

Mediadores entre grupos populares e a sociedade: partidos políticos, ONG, igrejas, sindicatos, associações de moradores etc.

classes populares. Ainda que alguns mediadores sejam mais atenciosos e respeitosos com as pessoas pobres da periferia, os muitos anos de uma educação classista e preconceituosa fazem com que o papel de 'tutor' predomine nas suas relações com esses grupos.

A atenção prestada ao que a população pobre fala não pode ser apenas com 'educação', porque é necessário completar a equação capenga que freqüentemente inclui uma das partes do conhecimento: a do mediador.

A questão da participação popular

No conjunto de discussões que há alguns anos se vêm intensificando sobre os rumos técnicos e políticos do Sistema Nacional de Saúde, a tese da participação popular tem merecido destaque. Entretanto, a discussão sobre o conceito de participação popular é marcada por ambigüidades que expressam as diferentes perspectivas com que se utiliza o termo. O tom vago e difuso com que a proposta de **participação popular** aparece em textos oficiais, ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental.

Muitas vezes o governo convida a população, especialmente a que mora nos bairros periféricos e nas favelas, para que realize, com seu próprio trabalho e tempo de lazer, obras que são da responsabilidade dos governos.

Em grande parte, os governos brasileiros, tanto o federal como os estaduais e municipais, agem com a população de forma bastante autoritária, decidindo unilateralmente sobre a qualidade e quantidade de determinado problema (como o dengue ou o cólera, por exemplo), e conclamam a população a participar do combate e erradicação do mal, por meio de mutirão. Ao conclamar a população a combater o mosquito do dengue, por exemplo, os governos individualizam a questão: o culpado direto pela doença seria o mosquito transmissor, e o indireto, a população, e não a falta de saneamento básico, de distribuição de água e coleta de lixo. Se a população vier a contrair a doença, será por não ter seguido corretamente os conselhos de prevenção e combate ao mosquito. É o que se chama 'culpabilização da vítima', uma prática que permite esconder o mau funcionamento dos serviços públicos e o descompromisso dos governos.

Merece mais atenção dos estudiosos das classes populares, no entanto, a insistência dessas classes em praticar o mutirão. Há anos os mediadores da classe média assinalam as perdas de dinheiro e energia nessa prática, e as populações pobres continuam produzindo aquilo que um salário mais digno ou um governo mais popular deveriam estar facilitando. É possível estar presente, na lógica e na experiência das classes populares brasileiras, a idéia de que "não dá para confiar nas promessas dos governos". É possível também que o mutirão, nos locais de moradia, esteja espelhando valores comuns de solidariedade e

De forma geral, **participação popular** compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.).



Exemplo

Prática de mutirão: construção de habitações, creches comunitárias, escadarias, saneamento básico, etc.



Para saber mais sobre a **VIII Conferência Nacional de Saúde**, ver o texto 'Políticas e gestão da saúde no Brasil', neste mesmo livro.



Exemplo

Os pais de uma criança desidratada são acusados de não se preocuparem com o filho; a criança da classe popular que "não aprende" na escola é culpada por não se esforçar; o acidente sofrido pelo operário é justificado por sua falta de atenção. Assim, a individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva. A inoperância, a ausência ou a irresponsabilidade das instituições sociais (que resultam em acidentes de trabalho, doenças infecto-contagiosas e fracasso escolar, entre outras ocorrências) acabam sendo justificadas pelo local de moradia, baixo salário, nível de escolaridade.

reciprocidade. A participação popular diferencia-se desses convites dos governos ou do mutirão, por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Se essa participação legitima a política do Estado diante da população, ela também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública.

No caso específico da saúde, a participação popular assumiu um papel importante nas formulações da **VIII Conferência Nacional de Saúde** (1988) voltadas para a construção e fortalecimento das propostas progressistas de reorientação da política do setor. As discussões acumuladas nesse processo resultaram na consagração institucional da saúde como "direito de todos e dever do Estado", e mais tarde, deram origem à Lei Orgânica da Saúde (1990). Essa lei constitui, apesar dos vetos presidenciais, um importante instrumento na configuração jurídico-política de um novo modelo assistencial, capaz de ter impacto sobre a saúde da população. Os avanços legais, incluindo os dos conselhos municipais de saúde, no entanto, não têm levado a transformações efetivas na realidade dos serviços, a não ser em alguns casos isolados, como os dos municípios de governos populares.

Assiste-se, ao contrário, a uma grande crise no setor público da saúde. A participação popular, nesse contexto, significa uma força social imprescindível para fazer saírem do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias. Como se sabe, o interesse de muitos grupos é exatamente o contrário, ou seja, de que o serviço público permaneça sempre deficitário, impotente, desacreditado pela própria população que o mantém. É assim que os seguros-saúde (Amil, Golden Cross etc.) conseguem crescer, despontando como a melhor saída diante das dificuldades da rede pública. Um dos efeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil é o que se chama a 'culpabilização da vítima'. É possível detectar uma imagem construída em torno das condições de vida e trabalho da população trabalhadora. Pode-se dizer que a precariedade dos serviços públicos para essa parcela da sociedade tem, em parte, sua justificativa com base em tal imagem. Uma das justificativas para culpar as vítimas é a desqualificação do saber popular. Assim, o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, põe em segundo plano o saber acumulado da população trabalhadora, ao lançar mão da escolaridade como parâmetro da competência. Mas a desqualificação da classe trabalhadora também passa pela construção de uma imagem do "bruto", do "carente", do "nulo", afirmando, aliás, que família pobre é "igual a doença". Essa imagem propagada do trabalhador tem o resultado de apagar as diversidades das classes populares do interior e de infantilizar os trabalhadores; chama-os de mentirosos, quando alegam problemas de saúde, e de "apáticos", quando demonstram desinteresse na sala de aula, ou acusa-os de não "compreender" as propostas de prevenção contra dengue ou meningite.

O fenômeno da culpabilização da vítima é frequentemente agravado pela chamada 'ditadura da urgência'. A falta de investimentos na infra-estrutura do consumo coletivo leva grandes parcelas da população a viver num estado de emergência permanente, no



Exemplo

Segundo os resultados da pesquisa 'Carga de doenças', muitos brasileiros têm sua saúde mental afetada por problemas que vão desde a 'ansiedade' e a 'depressão' até o que as classes populares chamam de 'problema de nervos'. Dados recentes da Argentina indicam que mais de 50% dos medicamentos consumidos pela população são psicofármacos. É importante indagar se seria possível resolver esses problemas mesmo que o sistema de saúde no Brasil funcionasse bem.

A **construção desigual do conhecimento** representa o resultado das histórias de vida e das condições materiais de existência, que é diferente para classes populares e profissionais.

qual as emergências e a 'urgência' suscitam propostas preventivas das autoridades, num ritmo contínuo. E o 'descumprimento' dos conselhos acaba colocando o peso da responsabilidade sobre as vítimas das emergências. Exemplos incluem as epidemias de dengue e cólera. Quando as epidemias se instalam, as autoridades aconselham a manter tampados os receptáculos de água ou a pingar na água gotas de cloro. Qualquer protesto sobre o sistema de abastecimento de água é respondido com o argumento da urgência. A discussão sobre o tratamento e a distribuição da água é adiada.

Diante desse quadro, é necessário trabalhar para que os setores da sociedade civil, preocupados com a saúde no Brasil, se organizem e demandem mais investimentos dos governantes. Essa profunda crise deve estimular reflexões e proposições capazes de redimensionar as relações entre Estado e sociedade, particularmente para favorecer a ampla maioria excluída dos benefícios da riqueza e do bem-estar. Eduardo Stotz (1994) chama atenção para a urgência de superar a mera defesa do papel do Estado em prover diretamente, ou em regular a oferta privada de serviços (contratada ou autônoma). Para que tais serviços contemplem, de fato, as necessidades sociais das populações, é preciso levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e as soluções que espontaneamente buscam. A história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com a sua clientela. Ela é anterior: há um passado que ainda vive, em sua virtualidade, no presente, e se refere às experiências acumuladas em uma gama amplamente diversificada de alternativas e às lutas individuais ou coletivas que enraízam formas de pensar e agir. Essa experiência precisa ser resgatada pelos serviços, pelos profissionais, técnicos e planejadores. Com certeza, haveria necessidade de um tipo de investigação envolvendo profissionais e classes populares. Trata-se de descobrir a 'ponte' que permite chegar à **construção desigual do conhecimento**.



Pense um pouco...

- Qual seria o procedimento dos profissionais nos seus contatos com a população trabalhadora, dentro de uma proposta de 'construção desigual do conhecimento'?
- Como garantir a lógica do resgate da dívida social, juntamente com as medidas a serem seguidas no combate à dengue, por exemplo?

Um dos eixos desse questionamento é o repasse de informações às classes populares. Há um acúmulo de conhecimentos resultante da pesquisa científica e de conhecimentos resultantes das experiências de vida, escolarização e lutas políticas dos setores organizados da sociedade civil. É possível um repasse? É como se o profissional estivesse dizendo: "Dos meus conhecimentos científicos, que parcelas interessam àqueles



Queda do Muro de Berlim? O que isso significa?

Historicamente, os liberais defenderam duas liberdades ‘naturais’ contra o Estado: a econômica (*laissez faire*) e a do indivíduo (liberdade natural do homem). O Estado não deveria intervir, exceto para garantia dos contratos ou como árbitro em casos de conflito. As idéias liberais foram atualizadas e conformam o ideário neoliberal. Esse avanço foi favorecido pela crítica da ineficiência do Estado nos países europeus em prover as políticas sociais, com o reforço da crise econômica que se abateu sobre os países desenvolvidos após o primeiro e segundo choques do petróleo em meados da década de 70.

Muitas vezes o termo **crença** é utilizado em oposição ao termo conhecimento, embora a distinção entre os dois conceitos não seja precisa.



Para saber mais sobre exclusão social, leia:

TAVARES, L. *Desastre Social*. Rio de Janeiro: Record, 2002.
MARTINS, J. de S. *Exclusão Social e a Nova Desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.
CANDAU, V. & SACAVINO, S. B. (Orgs.) *Educar em Direitos Humanos: construir democracia*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

sem proteção contra as doenças que eu estudo? E não seria necessário eu saber como esses setores constroem seu conhecimento, para poder fazer uma seleção dos conhecimentos com os quais eu trabalho?”.

Onde estaria a ponte entre o transmissor e o receptor? Há apenas transmissor e receptor em ‘mão única’, ou a ‘mão’ é dupla? Qual é a finalidade dessa discussão? É conhecer a realidade das classes populares, para poder facilitar a transmissão, ou é mais do que isso? A questão é facilitar, simplificar a mensagem, ou permitir a construção de um outro conhecimento, resultado de uma relação desigual das duas partes? A resposta parece ser: é necessário completar uma equação capenga que, freqüentemente, inclui apenas uma das partes do conhecimento, a do mediador.

Os conselhos de saúde e a discussão sobre controle social versus controle público

As grandes mudanças que têm ocorrido nos últimos anos – a queda do Muro de Berlim e o fim do socialismo real, a vitoriosa onda **neoliberal** e o processo de globalização que se instaura hoje no mundo – exerceram um papel profundo no modo de considerar as classes populares, também em relação à saúde. Possivelmente, um dos temas que mais sofreram questionamento diz respeito às formas como as sociedades se transformam. Enquanto as revoluções ou rebeliões sempre foram uma exceção, como forma de luta, outras formas de enfrentamento podem ocorrer em movimentos e/ou resistências mais sutis. Embora menos dramáticos, esses movimentos podem servir para minar a legitimidade política de diferentes sistemas de exploração e, ao mesmo tempo, para indicar, melhor do que os confrontos diretos, o sistema de **crenças** das classes populares. Talvez a grande guinada, a principal mudança de ótica, com relação aos trabalhos que são desenvolvidos com as classes populares, se refira à compreensão que se tem da maneira como as pessoas dessas classes pensam e percebem o mundo.

Nos dias 16 e 17 de fevereiro de 1996, políticos e intelectuais se reuniram na Cidade do México e, com o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), debateram a seguinte questão: qual o projeto de reforma do Estado e de desenvolvimento econômico alternativo à economia e à política hoje hegemônicas na América Latina? Independentemente da sua origem política, a grande maioria dos participantes observou que os governos federais tendem a aplicar medidas semelhantes: privatizações selvagens; políticas compensatórias para os pobres, sem, no entanto, pretender incluí-las na sociedade formal; redução da capacidade indutora e reguladora do Estado e socialização das eventuais perdas do capital financeiro. Os participantes do debate chamaram a atenção para aquela que talvez seja a principal contradição do processo de globalização: se cada política de

ajuste resulta num aumento de pobreza e desemprego em cada país, a lógica da globalização está longe de oferecer uma solução, pois exige a inversão de grande volume de capital, concentrado para integrar a economia nos padrões competitivos pautados pela revolução digital-informática. E, finalmente, a constatação de que os grandes meios de comunicação – televisão e jornais – tendem a reforçar essas medidas com uma nova cultura despolitizante, que procura convencer a sociedade de que o processo de globalização não deixa outra saída a não ser resignar-se à 'exclusão social' como inevitável.

Eduardo Stotz (1994) observa que as empresas transnacionais, em número cada vez menor, por força de fusões e incorporações, passaram a impor seus interesses em todos os cantos do planeta, envolvendo questões como o grau de proteção das economias nacionais, o âmbito da intervenção direta do Estado na economia, os limites para o endividamento público em função de gastos sociais, e assim por diante. No entanto, percebe-se que os sacrifícios impostos à maioria das populações que vivem apenas do seu trabalho não têm a contrapartida de economias em crescimento – pelos menos a taxas compatíveis com a taxa de crescimento da população e com garantia de melhoria de renda e bem-estar.

O mundo do trabalho, hoje, está estrangido pelo desemprego estrutural e pela precarização do trabalho. A situação nos países em desenvolvimento é mais dramática, porque políticas, instituições e serviços voltados para a proteção social, que nunca foram muito eficazes e dificilmente tinham caráter universal, vêm sendo revistos, desmontados ou limitados.

Parece importante ter em mente que as medidas sobre participação popular e o Sistema Único de Saúde (SUS), aprovadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e na Lei Orgânica da Saúde, têm uma coincidência, no tempo, com a eleição de **Fernando Collor de Melo** e a aceleração da incorporação da sociedade brasileira ao processo de globalização. As medidas aprovadas, sobretudo no tocante à criação dos conselhos de saúde, foram certamente um avanço, mas o rígido e contraditório controle fiscal exercido pelo governo federal – seja em atendimento às exigências do Fundo Monetário Internacional, seja em gastos de dinheiro público para, por exemplo, pagar a dívida externa ou salvar bancos privados em apuros – e conseqüentemente pelos estados e municípios gera um ambiente de penúria e controle. Assim, as autoridades contam com esses limites para ignorar as reivindicações dos setores organizados da sociedade civil de caráter popular.

Além dos conselhos de saúde, principalmente os municipais, cabe neste contexto, bem como à luz da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, indicar outros espaços em que o debate sobre a vigilância poderia ser desenvolvido: sindicatos de trabalhadores, partidos políticos que têm a questão da vigilância como prioritária, associações de profissionais e moradores, associações de docentes de universidades públicas e até igrejas. Em todos esses espaços, cabe desenvolver um debate sobre a importância da vigilância sanitária, mas à luz das relações entre os profissionais e as classes populares aqui apresentadas.

Fernando Collor de Melo foi eleito presidente e governou o país de 1990 a 1992, quando o Congresso Nacional votou o *impeachment* presidencial. No dia 2 de outubro Collor é afastado e Itamar Franco assume interinamente.

Durante a sessão de julgamento do Senado, em 29 de dezembro, Fernando Collor renuncia. Mesmo assim, o Senado prossegue e, no dia seguinte, ele tem seus direitos políticos cassados por oito anos.

Sem dúvida, a presença dos conselhos municipais em praticamente todos os municípios do país faz desses espaços os locais ideais para o debate e a socialização das questões relativas à vigilância sanitária. Ao mesmo tempo, a prática desenvolvida nos conselhos de saúde pode servir como um exemplo de como anda a participação popular no Brasil, hoje.

Os conselhos representam um espaço importante de participação popular no sistema de saúde, por serem um espaço formal e legal para representantes dos setores organizados da sociedade civil deliberarem sobre os rumos da saúde no seu município. Há, no entanto, uma experiência já acumulada, nos conselhos, que indica os limites estreitos em conseguir que as medidas aprovadas sejam levadas à prática. A participação de representantes dos movimentos sociais na VIII Conferência Nacional de Saúde e a aprovação das medidas sobre a participação popular nos conselhos podem ter tido efeito ilusório no tocante a considerá-los os lugares, 'por excelência', de participação popular na área da saúde. Justamente pelo fato de que a aprovação do SUS coincide com uma conjuntura de medidas neoliberais, a tendência de muitas das prefeituras no país é a de exercer excessivo controle sobre o orçamento do setor Saúde.

Devido à difícil situação financeira dos estados e da maioria dos municípios, freqüentemente o trabalho desenvolvido pelos conselhos é apreciar as decisões já tomadas pelos prefeitos e secretários de Saúde. Desde a implantação dos conselhos, vem sendo debatido se o seu papel é deliberativo ou consultivo. Quem discorda da política do secretário de Saúde, que quase sempre é o presidente do Conselho, entende que um papel consultivo é freqüentemente inócuo com relação às decisões a serem tomadas. Mesmo quando se concorda que o Conselho seja deliberativo, com freqüência os gastos aprovados superam o orçamento, fazendo com que alguns dos conselheiros passem a desempenhar também um papel que Werner (1994) denomina de "reivindicativo".

Em alguns conselhos, principalmente no Rio de Janeiro, a demanda por acesso à assistência médica é tão grande, que quase nunca há tempo para discutir questões relativas à vigilância sanitária, em particular as concernentes ao meio ambiente e ao controle de epidemias e endemias. Um dos eixos centrais da preocupação com a eficácia dos conselhos reside no seu caráter de democracia representativa. Quase sempre o número de entidades populares é superior aos 50% de vagas reservadas para os 'usuários'. Em alguns municípios, a hegemonia da Secretaria de Saúde e a pouca disposição para discutir o orçamento levam os usuários a não acreditar muito na viabilidade do Conselho. Nessas ocasiões, a 'representatividade' é preenchida por 'quem aparece'. Assim, em que medida os conselhos são, de fato, representativos da população que serve como referência? A própria conjuntura de restrição dos gastos públicos contribui para diminuir a disposição das secretarias de Saúde discutirem o orçamento da saúde com os conselhos.



Exemplo

Numa cidade no interior do estado de São Paulo, este autor ouviu um secretário de Saúde afirmar que não havia necessidade de discutir o orçamento, porque o município não estava sendo dirigido por um prefeito do Partido dos Trabalhadores e, por isso, não havia adotado a política de 'orçamento participativo'. Era uma demonstração de que o secretário entendia que somente uma prefeitura petista tinha que mostrar o orçamento para o Conselho Municipal de Saúde.

Concluindo...

As questões aqui apresentadas indicam uma espécie de impasse no avanço dos conselhos de saúde na deliberação sobre os rumos da saúde nos seus estados e municípios. Possivelmente, a importância que os conselhos têm assumido como lugar privilegiado de participação popular no setor Saúde vem resultando numa espécie de 'encurralamento' do movimento popular num espaço que, muitas vezes, é burocrático e de pouca representatividade. Não é por essas razões que o trabalho desenvolvido por conselhos deliberativos deveria ser diminuído. Mas é de se perguntar se outras variáveis não estão sendo cogitadas, como, por exemplo, a volta às práticas da democracia direta, em que a população organizada na rua esteja presente na porta do hospital público, quando necessário, denunciando os maus-tratos aos usuários nas unidades de saúde particulares que não cumprem os acordos com o SUS. Ou seja, é fundamental o apoio da sociedade civil aos trabalhos dos conselhos, mas que não se entendam os trabalhos dos conselhos como a única forma de lidar com os problemas de saúde de um município.

Referências bibliográficas

VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994.
 WERNER, S. A. *Participação social em saúde: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Niterói*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Bibliografia

MARTINS, J. de S. *Exclusão Social e a Nova Desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.
 VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2):7-18, 1998.

Vigilância Sanitária, Ética e Construção da Cidadania

Paulo Antonio de Carvalho Fortes



Para início de conversa...

Para a manutenção da convivência social, o homem desenvolveu alguns mecanismos de coesão, entre os quais a **ética**. Visando a harmonizar interesses individuais e coletivos, inicialmente esse mecanismo de coesão social tinha um caráter predominantemente negativo e uma tarefa mínima, a de proteger a integridade física do ser humano, ou seja, evitar ou prevenir danos ou malefícios físicos causados aos indivíduos. Prevalecia o princípio da não-maleficência, o *primum non nocere*, do qual derivam as normas de não matar, não ferir, não causar dano a outrem. Posteriormente, ele passou a ser um instrumento social orientador de caráter positivo, para determinar aquilo que se deve fazer para alcançar a 'boa vida', o 'bem-estar' das pessoas vivendo em sociedade numa dimensão não só física, mas também psíquica e social. Implica opção individual, escolha ativa. Requer a adesão íntima da pessoa aos valores, aos princípios e às normas morais. Visa à interioridade do ser humano, solicita convicções próprias que não podem ser impostas de fontes exteriores aos indivíduos.

A tarefa atual da ética é a procura e o estabelecimento das razões que justificam o que 'deve ser feito' e não o 'que pode ser feito', ou seja, as razões para fazer ou deixar de fazer algo, aprovar ou desaprovar algo, definir o que é bom e o que é mal, o justo e o injusto. Pode ser considerada como uma questão de indagações, e não de normalização do 'certo'. Segundo Schramm (1997), ética é refletir, argumentar e fornecer justificativas racionais para as escolhas e tomadas de decisões morais, em casos e situações concretos.

Ser um sujeito ético significa realizar atos livres, voluntários e conscientes, que se caracterizem por preservar as pessoas, o meio ambiente e/ou a coletividade. Ter liberdade de pensamento, sem coerções internas ou externas que restrinjam a tomada de decisão. Para que se avalie a ética de um ato, é necessário que, na situação concreta em que ele se dá, existam alternativas de ação diferenciadas, incompatíveis entre si e sustentadas por argumentação racional.

A ética fala de valores, princípios e normas que servem de base para o comportamento humano; fala do que é certo, correto e justo, e na responsabilidade dos indivíduos por seus atos, com a finalidade última de que vivamos bem em sociedade.



Para saber mais sobre ética, leia DURANT, G. *A Bioética: natureza, princípios, objetivos*. São Paulo: Paulus, 1993. VASQUES, A. S. *Ética*. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

Para Chauí (1995), a deliberação ética se dá no campo do possível. Se, por vezes, não podemos escolher o que nos acontece, assim mesmo podemos escolher o que fazer diante da situação que nos foi apresentada. Por isso, a autodeterminação da pessoa humana está relacionada à responsabilidade que tem consigo mesma e com os outros membros da sociedade.

Para Costa (1998:25), a

Vigilância Sanitária é a ação de saúde eminentemente preventiva e perpassa todas as práticas médico-sanitárias, da promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde, ao atuar sobre fatores de riscos associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, com o ambiente e o ambiente do trabalho, com a circulação internacional de transportes, cargas e pessoas.

A natureza dessas questões confere-lhe um caráter universal de certos aspectos das práticas médico-sanitárias necessárias à reprodução e manutenção da vida.

Para a tomada de decisão ética, além da existência de alternativas de ação, deve ser possibilitada ao sujeito a escolha entre as opções possíveis (liberdade de optar) e a liberdade de agir conforme a decisão e a alternativa por ele escolhida. Quando se tem apenas uma alternativa de escolha, ou somente se pode agir segundo uma determinada alternativa, o ato não pode ser julgado eticamente. A ética no campo da saúde, em nossos dias, tem sido abordada de forma multidisciplinar e multiprofissional, observada em uma perspectiva intercultural e humanista. Diferentemente do direito e da deontologia, visa à interioridade do ser humano, solicita convicções próprias do indivíduo, aceitação livre e consciente das normas, mas, como no caso das outras disciplinas, é necessário salientar que a discussão e a prática ética têm também uma ampla significação socioeconômica e política.

Assim, é essencial a vinculação da ética às práticas da saúde pública, especificamente à vigilância sanitária, pois esta não pode ser observada apenas dos pontos de vista técnico, legal ou administrativo. Seu caráter ético lhe é inerente, devido ao fato de que decisões tomadas e ações realizadas em seu âmbito causam interferência direta ou indireta nas pessoas e no bem-estar da vida em sociedade.



Exemplo

Assim, a inserção da vigilância sanitária como prioridade nas agendas (nacional, estadual, municipal) acontecerá em maior ou menor intensidade, conforme o valor ético-social com que se trata a saúde das pessoas e a interpretação majoritária sobre os princípios de justiça social e equidade que tenha a sociedade.

Alocação de recursos para ações de vigilância sanitária

A necessidade de estabelecer prioridades para a distribuição de recursos de saúde está baseada no pressuposto de que as necessidades são crescentes, mais amplas do que as possibilidades de recursos financeiros, humanos e materiais existentes. Porém, é necessário lembrar que, no Brasil, o gestor público enfrenta a desafiadora e difícil tarefa de atender ao princípio constitucional da universalidade de acesso de todos os cidadãos às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e, ao mesmo tempo, garantir o princípio da equidade que reconhece não terem as pessoas as mesmas chances, distinguindo-se não apenas pelas diferenças biológicas, psicológicas e mentais, mas cultural, econômica e socialmente.

Boa parte das vezes, as decisões para a alocação de recursos em saúde são motivadas por valores e princípios morais, embora isso não seja claramente percebido ou

revelado. É certo que interesses político-partidários, corporativos e econômicos, preferências pessoais dos administradores e técnicos também são fatores de influência no processo decisório. Porém, é preciso salientar que as decisões de caráter político, para serem eficazes, têm de levar em conta os valores morais prevalentes na sociedade.

Pode-se aceitar que a vigilância sanitária deva ser priorizada, dentro das políticas públicas, por seu potencial antecipatório de promover a saúde, de prevenir danos à saúde e de servir como um instrumento para promoção da equidade. O princípio da equidade orienta as políticas públicas para a minimização da desfavorável situação sanitária em que vive grande parte da população brasileira. A equidade está relacionada ao princípio da diferença, partindo da existência de diferentes necessidades de saúde das pessoas e se orientando para que sejam reduzidas as desigualdades sanitárias existentes.

Apesar de que “as ações de Vigilância Sanitária respondem a necessidades sanitárias geradas no sistema produtivo vigente, que cria situações de riscos e danos à saúde individual, coletiva e ambiental, visto que envolve produtos, serviços e atividades que direta ou indiretamente têm relação com a saúde” (Costa, 1998), pode-se defender que o poder estatal precisa assumir a noção de responsabilidade social, a responsabilidade pelos mais fracos, pelos mais necessitados, e não somente se conduzir por interesses econômicos ou produtivos, quando trazem riscos à saúde da coletividade.

Isso se choca com uma política de ajuste fiscal do Estado que tem reduzido o exercício das políticas públicas, impedindo a implementação de medidas que favoreçam a minimização das desigualdades sociais e dificultando a inclusão social. Esta não ocorre mais mediante a inserção das pessoas no mercado de trabalho convencional, o que também tem resultado na possibilidade de ampliação dos riscos sanitários.

O papel ético das políticas públicas para a vigilância é se contrapor à aceitação acrítica de que todas as desigualdades sociais são inevitáveis ou toleráveis. Ao contrário, requer compreender que as desigualdades podem ser minimizadas por meio de orientações fundamentadas na equidade e na responsabilidade social, e não podem ser unicamente baseadas no princípio da eficiência econômica. Portanto, podemos nos posicionar contra a prioridade dada pelas ações normalizadoras, fiscalizadoras e controladoras dos órgãos da vigilância sanitária sobre os mais fracos, os sem voz, os que não têm poder de negociação e pressão junto à autoridade pública (trabalhadores do setor informal, pequenos comerciantes e empresas), deixando incólumes atividades contrárias à saúde pública de responsabilidade das grandes corporações, nacionais ou alienígenas, assim contrariando o princípio ético da equidade.

Ética, vigilância sanitária e cidadania



Exemplo de falta de ações antecipatórias

O trágico e notório caso das hemodíalises na cidade de Caruaru, acontecido há poucos anos.

A relação da vigilância sanitária com as pessoas deve estar fundamentada na noção de cidadão, de sujeito de direitos, e não somente na de consumidor, criando instrumentos que protejam a sua saúde. Deve ser solidária com pessoas consideradas como iguais em seus direitos, mesmo quando tenham diferentes posições ou valores socioculturais. Deve fundamentar-se em ações antecipatórias, baseadas em uma ética de prevenção que deve sobrepujar a freqüente prática de agir *a posteriori*, quando o prejuízo já foi causado.

Os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência induzem a que as ações de vigilância sanitária tenham, como perspectiva, a promoção e a proteção da saúde como qualidade de vida, orientada pela noção de 'riscos sanitários'. Riscos compreendidos como possibilidade de dano ou agravo, de evento adverso à saúde relacionado a procedimentos, produtos e serviços de interesse da saúde, com determinados fatores. Mas, não se pode omitir que a vigilância sanitária seja uma atividade estatal essencial para o desenvolvimento econômico, pois também interessa ao setor produtivo, para que ele seja protegido da má e prejudicial concorrência.

Por vezes, as ações da vigilância sanitária podem resultar em um confronto entre os princípios éticos da utilidade social e da equidade. O utilitarismo ético requer a maximização dos benefícios e enseja que a conduta humana, para ser eticamente correta, deva objetivar 'o maior bem para o maior número de pessoas'. Apesar das dificuldades para conceituar o que é considerado 'bem-estar' no campo da saúde individual e coletiva, a utilização da noção utilitarista significa que, quando são defrontadas duas opções, dever-se-ia pesar cada uma delas e escolher aquela que trouxesse mais benefícios ao maior número de pessoas, e pela qual fossem eliminados, evitados ou minimizados os danos, o sofrimento, a dor das pessoas envolvidas. Porém, é necessário o devido cuidado para a adoção de ações de orientação exclusivamente utilitarista, pois ao requerer o maior benefício para o maior número de pessoas, pode-se estar discriminando ou não priorizando grupos minoritários, os grupos socioeconômicos menos favorecidos, o que contraria o princípio da equidade.

Outro aspecto que merece bastante reflexão é o grau de aceitação dos riscos sanitários que ocorre entre as diversas parcelas de nossa sociedade. Por vezes, a maior aceitação dos riscos se deve à ausência ou à inadequação das informações e sua deficiente compreensão. Mas não pode ser desconsiderado que determinadas culturas parecem ser menos temerosas da existência de riscos, principalmente quando estes são provenientes de avanços tecnológicos contemporâneos. Essa aceitação parece estar condicionada ao pensamento de que sempre existirá um antídoto para o mal, que problemas tecnológicos se corrigem com novo arsenal tecnológico (isto parece estar sendo apresentado no debate referente aos transgênicos). Por mais paradoxal que seja, a tecnologia excessiva pode, se não lhes for possível compreender o seu sentido, levar ao incremento da passividade das pessoas.

O bem-estar da coletividade e a autonomia individual

A essência da atuação da vigilância sanitária é ética, pois se faz um instrumento social para evitar 'violências' contra as condições de saúde, promovendo medidas para a melhoria da qualidade do meio ambiente, nele incluído o do trabalho, e condições adequadas de qualidade na produção, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse da saúde. As medidas de vigilância sanitária pressupõem que estejam orientadas para resultar em benefícios ou, ao menos, para evitar prejuízos às pessoas e à coletividade. Apesar de nem todas as ações estarem fundadas no **poder de polícia** sanitária, elas podem gerar conflitos éticos, pois muitas vezes limitam ou restringem liberdades e decisões individuais.

A preocupação sobre a ação do Estado e da sociedade no estabelecimento de limites para a liberdade da pessoa não é nova. Desde o século passado John Stuart Mill (1806-1873), filósofo inglês, autor do clássico *On Liberty*, já afirmava que o único fim para o qual a sociedade deveria interferir na liberdade de qualquer um de seus membros seria sua autoproteção. O único propósito pelo qual o poder poderia ser exercido corretamente contra a vontade do indivíduo deveria ser o de prevenir danos a outros indivíduos ou à própria coletividade (Mill, 1985).

A intervenção estatal nas relações entre produtores, fornecedores e cidadãos, mediante medidas que restringem ou limitam liberdades e direitos individuais – medidas de normalização e controle –, pode ser eticamente justificada pelos princípios de beneficência e de não-maleficência, por evitar consequências anti-sociais, danos a terceiros ou à coletividade. Quando um agente sanitário, por exemplo, interdita um estabelecimento comercial ou industrial, ele está restringindo o direito de propriedade, direito este fundamentado na autonomia da pessoa para querer ou não querer possuir um determinado bem. Essa limitação de um direito deve ser motivada pelo bem da saúde da coletividade, mas sempre respeitando a dignidade humana dos indivíduos envolvidos e seus direitos de cidadãos.

Ética é um instrumento social de combate à violência física, mental ou social, marcada pelo desrespeito à saúde, à integridade física e à segurança dos indivíduos, dos grupos ou da coletividade.

Poder de polícia é uma atividade estatal exclusiva, cujo objetivo é evitar consequências anti-sociais: restringe ou condiciona as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade, e o faz em nome da supremacia do interesse público sobre o individual.

Conflitos de interesses e o impacto nas gerações futuras

A vigilância sanitária deve estar atenta para os conflitos de interesses na incorporação de novas tecnologias. A tecnologia não é neutra, não traz consigo somente benefícios. Não cabe, de forma nenhuma, sua absolutização, sua glorificação, como também não cabe um fundamentalismo antitecnológico. Ao lado das esperanças, dos benefícios que provocou e provoca, a tecnologia pode trazer consigo consequências danosas, maleficientes, iníquas e injustas em nível individual ou coletivo. Em países do Terceiro Mundo, a demanda muitas vezes indiscriminada por tecnologia, tanto por parte dos profissionais da saúde

Saliente-se o caso das pesquisas científicas que envolvem o controle da vigilância sanitária. Elas também não são socialmente neutras, são produtos humanos, construções conscientes de seres pensantes, seres éticos que, por motivos diversos, nem sempre estão relacionados com o bem comum. É muito difícil acreditar que os pesquisadores, quando atuam, deixem de lado seus valores sociais e suas ideologias, para conceber um produto de pesquisa neutro. Ao contrário, pode-se inferir a existência de interesses, nem sempre explícitos, que não se devem à concretização do bem comum ou científico, mas visam somente a interesses comerciais, industriais, estratégicos, políticos e individuais, que interferem com outros seres éticos.

quanto dos usuários, cresce e pode levar à ampliação das desigualdades existentes no sistema, em virtude dos custos financeiros envolvidos nos sistemas públicos de saúde. Essa demanda é expansiva e se deve, em parte, à ação da tecnologia sobre o 'imaginário' dos indivíduos e da coletividade. A tecnologia de ponta acaba sendo concebida como instrumental racionalizador, eficaz e capacitado para a resolução de todas as necessidades de saúde, resultando num verdadeiro 'culto à tecnologia'. Assim, o desenvolvimento e a incorporação tecnológica no sistema de saúde devem ser disciplinados no interesse da sociedade, que deles deve ser a real beneficiária, pois nem tudo que é tecnicamente possível é eticamente admissível.

A responsabilidade ética das ações de vigilância sanitária não se esgota no tempo presente. Ações ou omissões do presente, utilização desmesurada de procedimentos tecnológicos e transformações ambientais danosas podem comprometer as gerações que nos vão suceder. Disso decorre que o balanço de benefícios e inconvenientes não deve se limitar ao tempo presente, mas considerar sempre as conseqüências futuras. Isso não significa que devamos temer as transformações, que não aceitemos um embate entre o 'natural' e o 'artificial', mas sim uma orientação ética fundada no binômio liberdade-responsabilidade *versus* comercialização-exploração do ser humano, conforme foi propugnado por Berlinguer (1993).

Informação, publicização e privacidade

A vigilância sanitária deve ter, como princípio ético orientador, o respeito à autonomia dos indivíduos e da coletividade, visando sempre a ampliá-la. Ela deve informar seus achados para que os cidadãos possam tomar decisões autônomas, protegendo sua saúde, evitando ou minimizando prejuízos que possam sofrer decorrentes de bens e serviços de interesse da saúde.

Informar é reduzir as incertezas sobre fatos e causalidades, e interessa aos gestores do sistema de saúde, aos agentes sanitários e à própria sociedade, a qual tem direito de ser informada sobre a qualidade e eficácia de produtos e serviços. As informações fornecidas não precisam ser exaustivas e apresentadas em estrito linguajar técnico ou científico, pois é necessário que sejam compreendidas por quem as recebe. Defende-se eticamente a utilização de linguagem simples, aproximativa, respeitosa e inteligível para os receptores, de acordo com as suas condições culturais.

Informação é essencial quando se apregoam a participação da comunidade e o exercício do controle social sobre as políticas públicas de saúde, suas prioridades e sua implementação. Em nossos dias, observa-se uma situação de precariedade de informações sobre os reais problemas de saúde do país, justamente quando ocorre uma proliferação de livros, periódicos, revistas, programas de televisão e rádio, utilização da internet e outros veículos de comunicação abordando temas vinculados à saúde.

A necessidade de informar o cidadão sobre riscos à sua saúde pode se contrapor ao **princípio da privacidade** das pessoas físicas ou jurídicas. Privacidade diz respeito ao anonimato, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, e à esfera das informações pessoais. A privacidade das informações refere-se ao processo de comunicação de informações interpessoais, no qual se espera que o receptor das informações não as divulgue para terceiros. Consiste no conjunto de informações sobre uma pessoa, que ela pode decidir manter sob seu exclusivo controle ou comunicar, decidindo quanto e a quem, quando, onde e em que condições.

Porém, não é um princípio considerado eticamente como absoluto. Ao contrário, ele tem seus limites fundamentados na possibilidade de causar dano à saúde da coletividade ou de terceiros identificáveis. Por exemplo: quando tecnicamente comprovado, deve-se informar à coletividade sobre problemas de produtos e serviços que possam causar danos ou prejuízos à saúde e/ou segurança, utilizando-se, em muitos casos, os meios de comunicação de massa. Mas é necessário cuidado para que não se estimule o uso abusivo, preconceituoso e sensacionalista das informações, principalmente quando riscos ou atos infratores das normas sanitárias não estão devidamente comprovados, pois isso pode resultar em prejuízos morais para as pessoas envolvidas.

Privacidade é um dos fundamentos do Estado democrático moderno que, no Brasil, se apresenta inserido nas normas constitucionais vigentes (art. 5º da CF/88).



Para saber mais sobre privacidade, leia

SACARDO, D. P. *Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: uma abordagem bioética*, 2001. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Controle e participação social

Efetua-se no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando-se o poder de decidir questões públicas. Só tem razão de ser quando o modelo de sistema de saúde adotado por um país se baseia na responsabilidade de Estado, pois se a responsabilidade pela saúde se restringir aos indivíduos, o controle passa a ter significado bastante limitado. Num contexto de múltiplos e divergentes interesses, a presença de diversos segmentos da sociedade nas decisões do aparelho de Estado, exercendo o controle social, constitui uma forma de garantir o direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública. Torna-se instrumento de redistribuição do poder estatal, que, mesmo motivado pela beneficência, termina, muitas vezes, assumindo formas paternalistas autoritárias.

As decisões a serem tomadas para a vigilância sanitária não devem constituir preocupação exclusiva de técnicos especialistas, mas também do Poder Legislativo, como representante do cidadão, das formas de organização da sociedade ligadas ao aparelho estatal, como os conselhos de saúde e de vigilância sanitária, e também do cidadão comum.

A consideração da saúde como esfera pública, por meio do controle social, deve resultar na utilização do fundo público, do dinheiro público, de forma planejada, com um projeto e regras transparentes, e com a presença dos interesses divergentes no processo de tomada de decisões (Sposati & Lobo, 1992).



Para saber mais, leia
FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de Saúde. *Bioética*, 5(1):71-76, 1997.

Alguns poderiam indagar sobre o grau de possibilidade da eficácia do controle social, de caráter contra-hegemônico, num contexto de dominação ideológica, em que o consumo e o individualismo passam a ser valores éticos dominantes. A resposta a esses questionamentos ainda é difícil de ser dada com precisão, pois o processo está em curso, e os estudos sobre as instâncias colegiadas institucionalizadas de controle social na saúde revelam a coexistência de avanços, retrocessos e limitações.

Mesmo assim, é necessário que as políticas para a vigilância sanitária tenham uma real participação da comunidade, pois, em nosso entender, sua presença é o único processo, por falível que seja, que se tem à disposição para se chegar a algum consenso sobre a pluralidade de problemas sanitários existentes.

Dessa forma, o gestor público tem a obrigação ética de fundamentar suas decisões em cuidadosa deliberação que inclua os trabalhadores, produtores e usuários. Assim, a comunidade, por meio de seus mecanismos de participação social, como as conferências de saúde, que podem espelhar os múltiplos interesses e valores morais existentes, constitui importantes instrumentos de auxílio para a escolha do caminho que a vigilância sanitária irá traçar, nos próximos anos, como instrumento de construção da cidadania.

Sugestões de leitura

DURANT, G. *A Bioética: natureza, princípios, objetivos*. São Paulo: Paulus, 1993.

VASQUES, A. S. *Ética*. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

Referências bibliográficas

BERLINGUER, G. *Questões de Vida*. Salvador: APCE, Hucitec, Cebes, 1993.

CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995.

COSTA, E. A. *Vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde*, 1998. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

MILL, J. S. *On Liberty*. London: Penguin Books, 1985.

SCHRAMM, F. R. Da bioética privada à bioética pública. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SPOSATI, A. & LOBO, E. Controle social e política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(4):366-378, 1992.

Bibliografia complementar

COHEN, C. & SEGRE, M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. *Bioética*, 2(1):19-24, 1994.

CRISP, R. *Mill: on utilitarianism*. London: Routledge Philosophy Guidebook, 1997.

DI PIETRO, M. S. Z. *Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas, 1990.

FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde. *Bioética*, 5(1):71-76, 1997.

SACARDO, D. P. *Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: uma abordagem bioética*, 2001. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Negociação Gerencial e Liderança

Francisco Javier Uribe Rivera



Para início de conversa...

A palavra 'negociação', tal como o termo 'política', tem um sentido negativo em nossa sociedade. No senso comum, ele lembra troca de favores, negociata e toma-lá-dá-cá. Entretanto, a negociação é necessária para enfrentar conflitos, agregar interesses e definir objetivos e metas a serem alcançados coletivamente. No campo da saúde, tem sido adotado o termo 'pactuação' como sinônimo de 'negociação'.

Na realidade, os termos 'negociação' e **liderança** são indissociáveis porque:

- a negociação é uma habilidade necessária ao exercício da liderança;
- a liderança se expressa fundamentalmente como capacidade de negociar;
- a liderança exerce um papel crucial, por meio da negociação, na agregação de interesses e na definição dos principais projetos institucionais.

Por que é necessário negociar?

a) Nas organizações de saúde, há uma malha intrincada e variável de processos de trabalho realizados por diversas categorias profissionais para a produção dos **produtos finais** e intermediários e para o alcance das metas e objetivos.

b) O **trabalho finalístico** tem caráter interativo, e por mais que haja um profissional responsável ou uma categoria profissional central no processo de trabalho (por exemplo: o médico e o enfermeiro no trabalho do hospital), há necessidade de se trabalhar em equipe. É por isso que se diz que o trabalho em saúde é realizado por um 'trabalhador coletivo', ou seja, a equipe de saúde.

c) O **corporativismo** dessas categorias conspira contra a idéia de equipe, tão cara à prestação de serviços sanitários.

A **liderança** é tratada neste texto como algo disseminado na organização, e não como um atributo individual.

Trabalho finalístico: é aquele no qual os **produtos finais** são produzidos. Para saber mais, ver o texto 'Organização e Gestão: o que compreender para o trabalho da vigilância sanitária', nesta mesma coletânea.

Corporativismo é aqui empregado no sentido exclusivo de acirrada defesa da hegemonia e dos interesses de uma profissão ou de uma organização, vista de uma perspectiva autocentrada.

d) Como os profissionais gozam de muita autonomia no seu processo de trabalho e detêm muito poder, há necessidade de definir coletivamente mecanismos de avaliação de resultados e de divisão de responsabilidades, em vez de lhes impor padrões.

No contexto da gestão em saúde, o aprimoramento da comunicação e da capacidade de negociação dos agentes organizacionais, assim como do desenvolvimento das habilidades da liderança, adquire uma clara relevância.

E a negociação na vigilância sanitária?

Normas de cunho científico, negociadas em ambientes argumentativos: para a elaboração das normas é necessário negociar e argumentar, visto que não existe uma única verdade. Embasam a argumentação: provas, evidências científicas, dados empíricos etc.

Embora uma visão superficial do campo da vigilância sanitária sugira que se trata de um campo no qual predominam coerção e punição normativa sobre a negociação com concessões mútuas, é importante assinalar, com base em um exemplo de ordem técnica, que:

a) Quando a Vigilância Sanitária (Visa) faz uma inspeção que resulta em interdição e impedimentos, ela aplica **normas de cunho científico, negociadas em ambientes argumentativos**, levando em consideração o risco que produtos, tecnologias e serviços de saúde podem ocasionar à comunidade.

b) Sempre é facultada à parte interdita a possibilidade de contestar tecnicamente relatórios provenientes do monitoramento dos itens de verificação dos estabelecimentos.

Apesar da assimetria de posições entre a Visa e o setor regulado, há um elemento-chave do processo de negociação, que consiste em acertar prazos para os ajustes necessários ao cumprimento das exigências. Ou seja, quando o risco não é elevado e os itens em exigência não são tão expressivos, há a possibilidade de se estabelecer um compromisso de ajustar-se ao relatório técnico dentro de certo prazo.

Por outro lado, para a o estabelecimento dos Termos de Ajuste e Metas (TAM), o processo de negociação sobre o que e quando monitorar é um elemento-chave nessa construção. E ainda, o entendimento da Visa como uma área de atuação integrada e regionalizada dentro da lógica da Norma Operacional da Assistência à Saúde - Noas (Brasil, 2002) permite entender a necessidade da pactuação entre estados e municípios, como parte de uma estratégia de descentralização solidária, em que cabe somar recursos e habilidades comuns e diferentes para produzir um valor agregado comum.

Nesse contexto, o desenvolvimento de habilidades de negociação guarda coerência com a proposta de explorar cooperativamente as interfaces municipais e estaduais.

Neste texto não se trabalha com exemplos ou situações particulares da Visa, mas é apresentado um modelo mais ou menos universal, o Modelo de Negociação de Harvard, do qual ela pode se apropriar para trabalhar suas questões. Pretende-se, aqui, enfrentar algumas perguntas, quais sejam:

- Quais são os tipos de negociação e de negociador?
- O que é o Modelo de Negociação de Harvard e quais são as principais recomendações para a sua implementação, bem como as capacidades ou habilidades por ela requeridas?
- Como indagar ou questionar a posição do outro e como expor a própria posição ou argumentar, para favorecer uma lógica de negociação cooperativa?
- O que é liderança e como ela se manifesta nas organizações?
- Qual a sua importância no processo de mudança?
- Qual a relação entre liderança e negociação?

O que dizem três autores (Matus, Chavlin e Zajdsznajder) sobre os tipos de negociação e de negociador

Carlos Matus situa a negociação como uma das possibilidades estratégicas, ao lado das estratégias de autoridade (mando), persuasão conflito (enfrentamento). Matus (1994) distingue três tipos de negociação, que ele diz serem determinados pelo tipo de objeto em processo de negociação e pela existência de interesses divergentes ou convergentes:

- Cooperativa: baseada em interesses distintos, mas com objetivos comuns, dando lugar a um jogo de soma positiva.
- Conflitiva: baseada em interesses opostos, dando lugar a um jogo de soma zero.
- Mista: baseada na combinação de interesses opostos com interesses distintos. É uma negociação em parte cooperativa, em parte conflitiva.

Já Chavlin (1997) distingue negociação, entendimento e autoridade. A autoridade corresponderia, como em Matus, à imposição hierárquica de diretrizes, pressupondo a legitimidade da hierarquia e poderes desiguais. A autoridade poderia, no entanto, deslizar para violência coercitiva, do tipo “Manda quem pode, obedece quem tem juízo”. Para o entendimento seriam necessários poderes iguais e comunhão absoluta de interesses.

Embora usando definições diferentes, Chavlin e Matus sustentam que é necessário combinar, de maneira adequada à realidade, as estratégias de autoridade, entendimento e negociação.

Situada entre a autoridade e o entendimento, a negociação compreenderia um universo de poder flutuante, ou seja, para Chavlin, a negociação comportaria um processo crítico de articulação de poderes diferentes e complementares, baseado na tolerância e na pluralidade.

Chalvin identifica vários enfoques de negociação:

- **Persuasivo:** o negociador valoriza a competição e as negociações difíceis. Defende seu ponto de vista com força e gosta de ganhar. Estabelece prazos para negociação, seu discurso é avassalador, visando a reduzir o outro. Sempre pede mais para obter um pouco menos. Há, nesse caso, um sentido de manipulação. Este estilo pode comprometer, claramente, a relação interpessoal envolvida na negociação.
- **Cooperativo:** o negociador se preocupa com seu interlocutor e busca encontrar um objetivo comum, elaborando em conjunto uma solução nova. É o jogo do tipo ganhar-ganhar. Há uma opção pela comunicação, em detrimento da agressividade e da disputa. Há predisposição para compartilhar o poder. A preservação da relação é o objetivo supremo, podendo até comprometer a obtenção de ganhos.
- **Considerado ideal:** nesta alternativa, buscam-se a resolução de problemas e a adesão completa das duas partes a uma alternativa de solução duradoura, construída ao longo de uma discussão profunda. Esta opção dificilmente se diferencia da anterior, a não ser pela idealização de uma solução perfeita, que implique o máximo de ganho e de relação, possibilidades às vezes conflitantes.
- **Pela conciliação:** é um estilo adaptativo, lento, realista, de soma progressiva de interesses, na linha dos arranjos provisórios. É um estilo de articulação que se preocupa com a obtenção de pequenos e progressivos resultados. Sendo uma política pragmática de resultados, não produz soluções perfeitas e duradouras.
- **Procedural:** corresponde a um enfoque burocrático, ritualístico, de produção de acordos formais, que tratam de procedimentos, e não de conteúdos substantivos.

Zajdsznajder (1988) estabelece uma discussão interessante sobre duas formas de negociação: a negociação baseada na 'argumentação' e aquela baseada na 'persuasão'. Para ele, a base da argumentação é a comunicação crítica. Esta implicaria a apresentação de razões ou de uma base de prova para as teses defendidas e a obtenção de um convencimento legítimo em relações a essas razões, que poderão ser sucessivas.

Na persuasão haveria um tipo de convencimento não crítico, não baseado em razões. O acordo poderia ser obtido com base na adesão pura e simples de uma parte a um político poderoso capaz de oferecer segurança, com base em um discurso agressivo ou manipulatório, hipnótico, que se adapta a cada público, e com base na exploração das emoções.

O modelo escolhido como opção mais promissora, neste trabalho, é o da negociação cooperativa, que visa, dentro do possível, ao ideal, e estaria baseado, prioritariamente, na argumentação crítica. O modelo de negociação de Harvard estaria situado nessa faixa.

Pense bem

A Visa ganha em legitimidade quando utiliza argumentação técnica no processo de negociação?



O Modelo de negociação de Harvard revisitado

Este modelo, consubstanciado em *Como Chegar ao Sim: a negociação de acordos sem concessões* (Fisher & Ury, 1982) e em *Como Chegar a um Acordo: a construção do relacionamento que leva ao sim* (Fisher & Brown, 1990), também é conhecido como o método de negociação baseado em princípios ou em função do mérito. É visto como uma alternativa à negociação suave, em que o negociador, para evitar o conflito, se limita a concessões unilaterais e/ou à negociação áspera, em que o negociador acirra o conflito, defendendo posições extremas na expectativa de derrotar o interlocutor. O modelo consta de quatro recomendações ou elementos básicos:

- 1) Separar o relacionamento da substância do problema, trabalhando o relacionamento interpessoal como um interesse particular do processo de negociação.
- 2) Negociar a partir dos interesses, e não de posições fechadas.
- 3) Buscar opções variadas de ganho mútuo mediante um processo criativo.
- 4) Negociar primeiramente os princípios ou padrões objetivos com base nos quais a negociação pode ser possível.

Primeiro elemento básico - Como enfrentar a questão do relacionamento?

Trabalhar o aspecto do relacionamento interpessoal implica prestar atenção a três dimensões: a 'percepção', a 'emoção' e a 'comunicação'.

Em relação à 'percepção', o método faz uma série de recomendações, que relacionaremos a seguir:

- Considerando que a percepção é situacional, que não há verdade absoluta, que tendemos a ver aquilo que queremos ver em função de nossa tradição, é indispensável tentar ver como o outro vê. Isso implica colocar-se no lugar do outro.
- É importante procurar não atribuir *a priori* a pior das interpretações ao que o outro lado diz ou faz.
- É fundamental não culpar o outro por seu problema. A atribuição de culpa, mesmo que justificada, é geralmente contraproducente.
- É importante considerar todas as percepções do outro lado, no sentido de evitar que se tornem obstáculos a um acordo.

Primeiro elemento básico: separar o relacionamento da substância do problema, trabalhando o relacionamento interpessoal como um interesse particular do processo de negociação.

- Agir, em determinadas ocasiões, de maneira contraditória com as percepções do outro pode contribuir para aparar arestas e abrir espaços para acordos.
- A realização de qualquer acordo subentende a participação do outro desde o início do processo. É importante dar-lhe um interesse no resultado, certificando-se de que ele participa do processo.
- É fundamental preparar os termos de um acordo, sobretudo daquele que implica desvantagens para o outro, de maneira a não violentar os valores, os princípios e a auto-imagem dos outros negociadores. Essa preocupação fortalece a possibilidade de um relacionamento futuro positivo.

Em relação à 'emoção', explicitá-la e reconhecer-lhe a legitimidade é necessário e subentende a necessidade de deixar que o outro desabafe. Uma regra de ouro se aplica aos casos de reação agressiva: escutar em silêncio, não reagir, pedir que o outro prossiga; somente uma pessoa teria o direito de se zangar de cada vez. A utilização de gestos simbólicos que expressem carinho, solidariedade, preocupações pelo outro minoram as possibilidades de um clima hostil.

O aspecto da 'comunicação' é o terceiro elemento do trabalho voltado para a relação. Sem comunicação não há negociação. As recomendações pertinentes para resolver problemas de comunicação são as seguintes:

- Escutar e registrar ativamente o que está sendo dito. Perguntar, solicitar esclarecimentos diante de ambigüidades é fundamental, assim como reproduzir positivamente, de maneira resumida, os termos da colocação do outro.
- É importante falar para ser entendido. Recomenda-se empregar meios privados e confidenciais de comunicação, grupos relativamente pequenos, para evitar a situação de ter que se afirmar diante de terceiros, e utilizar uma comunicação direta e concisa.
- Fale sobre você, e não sobre o outro. Condenar as motivações do outro leva a inevitáveis questionamentos. Dizer "sentimo-nos discriminados", em lugar de "você é racista", faz uma grande diferença.

Segundo elemento básico - Qual a melhor forma de negociar?

O segundo passo do modelo em pauta consiste em evitar defender posições de forma inflexível, sem atentar para a possibilidade de conciliação. Isso é importante porque, embora as posições dos atores sejam diferentes, seus valores e necessidades subjacentes podem ser não tão contraditórios. Concentrar-se nas posições ou nas respostas específicas

que se quer obter, de maneira egocêntrica, leva a situações extremadas, de estrangulamento da própria relação. Antes de elas ocorrerem, é necessário conciliar interesses – fundamentos (ou causas) de uma posição (desejos, necessidades, temores, valores).

Fisher e Ertel (1997) ilustram a diferença existente entre posições e interesses. Se não há certeza sobre se algo é uma posição ou um interesse, deve-se determinar se há mais de uma maneira de se atingir a satisfação. Se não houver, como no caso de “eu exijo um carro da empresa”, trata-se de uma posição. Em contrapartida, se houver várias maneiras de satisfazer uma exigência (como no caso de “quero transporte para o trabalho” ou “quero mais *status* na empresa”), é provável que seja um interesse.

Em relação a este passo, a transparência é um imperativo. É necessário dar vida aos interesses, explicitá-los. O ato de declinar dos interesses próprios deve ser acompanhado da busca de seu reconhecimento por parte do outro. Dar legitimidade aos próprios interesses é uma busca permanente e necessária, acima de tudo quando estes são considerados extremamente pertinentes.

O reconhecimento dos interesses do outro como parte do problema é o avesso da situação anterior. Reconhecer os interesses do outro, explicitamente, pode ser o primeiro passo para o reconhecimento dos próprios. Algumas outras recomendações são interessantes:

- Colocar o problema antes da solução é uma forma mais efetiva de promover uma escuta construtiva.
- Esquecer situações negativas do passado e concentrar-se no futuro ajuda a criar um relacionamento mais construtivo. Ao reavaliar o passado, destacar e comunicar os aspectos positivos de situações anteriores de negociação de caráter crítico.
- Ter uma mente aberta a várias opções, e não a uma única, é outro imperativo óbvio.
- Ser rigoroso com o problema e afável com as pessoas.

O relato ou o reconhecimento dos interesses do outro pode ser precedido do enunciado “corrija-me se eu estiver errado”, o que já caracteriza uma posição de abertura. Se o outro não corrigir o relato de suas motivações, isso significa que ele aceita a sua descrição da situação. É mais uma área de acordo.

Terceiro elemento básico - Que tipos de opções buscar?

O terceiro passo do método se refere à necessidade de primeiro buscar soluções criativas e depois decidir, pois há uma série de obstáculos à criatividade, necessária à negociação:

- O julgamento crítico, prematuro, exacerbado, mata a criação, a imaginação.
- As pessoas acham que sua tarefa é estreitar o hiato entre as posições, e não ampliar as opções disponíveis. Isso corresponde à busca de uma resposta única.

Terceiro elemento básico: buscar opções críticas de ganho mútuo mediante um processo criativo.

- Há, em geral, a pressuposição equivocada de um 'pacote único', que implica soluções do tipo ganhar ou perder.
- Predomina às vezes a idéia de que "resolver o problema dos outros é problema deles". A abordagem unilateral do problema da negociação é outro obstáculo à possibilidade de opções várias de ganhos mútuos. Esta abordagem leva ao fechamento egocêntrico, reforça o segundo obstáculo e compromete a possibilidade da diversidade.

Diante desse quadro de obstáculos, surgem algumas recomendações:

- Separar a invenção das decisões

Sugere-se a realização de sessões de sugestões livres (*brainstorming session*), para estimular a criatividade. Algumas regras se impõem: mudar o ambiente da sessão; criar uma atmosfera informal; escolher um facilitador que garanta a simetria e a riqueza do debate; trabalhar com grupos nem muito grandes (para estimular a participação individual), nem demasiadamente pequenos (para proporcionar um intercâmbio estimulante); fazer com que os participantes sentem-se lado a lado (semicírculo), enfrentando o problema (delineado em um quadro), pois o físico reforça o psicológico – no caso, a busca cooperativa de opções; esclarecer as regras básicas, especialmente a da proibição de críticas negativas; sugerir livremente; registrar as idéias à vista de todos, reforçando o sentimento de construção coletiva.

- Ampliar as opções é essencial

Para isso sugere-se uma metodologia que corresponde a um deslocamento das opções entre o particular e o geral. Esse deslocamento pode corresponder a 'voltar atrás' no **ciclo natural do planejamento**, para identificar novas opções e, eventualmente, refazer a explicação do problema para tentar derivar da nova explicação novas formas de abordagem possíveis. Também é importante estimular a criatividade, recorrendo aos olhares de diferentes especialistas.

Uma alternativa é a técnica de 'dissociação do interlocutor', cuja lógica consiste em assumir novos papéis, simulando para si mesmo um encontro multidisciplinar. Isso pode ser feito mediante uma pergunta: "O que eu pensaria desta questão caso fosse...?". Seu emprego é indicado quando se deseja demover o interlocutor de afirmações categóricas e negativas expressas a respeito de alguma coisa. A auto-simulação do encontro multidisciplinar pode produzir dimensões positivas decorrentes dos novos papéis assumidos. Sua introdução no diálogo, como fator surpresa, poderia ancorar a associação dessa nova dimensão. Esse reenquadramento positivo da situação seria facilitado por uma tendência natural das pessoas de fugir das situações desagradáveis.

O ciclo natural do planejamento supõe as seguintes fases: 1) delimitação do problema e sua descrição; 2) análise ou explicação do problema - envolve um modelo explicativo de natureza mais geral; 3) definição de uma abordagem geral de como enfrentá-lo, comportando estratégias gerais; 4) definição de opções ou alternativas concretas de solução.

A relação de opções pode aumentar se forem consideradas ‘versões mais leves’ de enfrentamento de problemas, caso o acordo buscado venha a se revelar inatingível. Se não for possível concordar quanto à substância, talvez se concorde quanto ao procedimento (por exemplo, a necessidade de uma arbitragem). Do mesmo modo, quando um acordo permanente não é possível, talvez um acordo provisório o seja. Se não for possível chegar a um acordo de primeira linha, talvez seja possível um de segunda linha – construir uma concordância sobre aquilo de que se discorda.

Uma ‘versão mais leve’ pode significar a mudança de alcance do acordo, proposto tornando-o parcial ou recortando a substância do problema. Pode ensejar, ainda, futuros acordos parciais, envolvendo um menor número de partes ou cobrindo apenas alguns aspectos do problema.

- Procurar ganhos mútuos

Esta questão está diretamente ligada com o passo dois do método, que preconiza explorar os interesses comuns e harmonizar os diferentes que não forem incompatíveis. Chegar a um acordo por meio das diferenças subentende a existência de interesses que podem ser harmonizados. Isso pode ficar claro se considerarmos que há situações em que:

Uma parte se importa mais com

a forma
as considerações econômicas
o futuro imediato
o precedente
o prestígio, a reputação
o equipamento pesado

A outra importa-se com

a substância
as condições políticas
o futuro mais distante
este caso
os resultados
a ideologia

A existência de interesses diferentes pode ser aproveitada, por exemplo, para se convocar uma arbitragem.

Tome-se um exemplo de compra e venda: a diferente valorização do tempo entre vendedor e comprador possibilita acordos que impliquem planos de financiamento. O comprador aceita pagar mais caro, para poder pagar mais tarde. O vendedor se dispõe a acertar um pagamento posterior, se puder obter um preço maior.

E, assim, há diversas situações de diferença que, em vez de aumentar a distância, podem ser capitalizadas para se fazer um acordo baseado na análise de interesses.

- Facilitar a decisão do outro

Facilitar a decisão do outro pode significar 'salvar as aparências do acordo' ou deixar ao outro uma 'saída honrosa', mas também quer dizer que a negociação deve evitar o espírito de manipulação dos acréscimos deliberados com a finalidade de 'criar mais espaço de negociação' e que deve considerar as conseqüências de acordo para o outro, procurando melhorá-las.

Quarto elemento básico - Que padrões objetivos possibilitam a negociação?

Quarto elemento básico: negociar primeiramente os princípios ou padrões objetivos com base nos quais a negociação pode ser possível.

Exemplos de **critérios objetivos ou padrões** para balizar acordos: o valor de mercado, o precedente, a opinião científica, os custos, um tribunal, padrões morais, a tradição, as normas legais etc.

O quarto passo decisivo consiste em buscar **critérios objetivos ou padrões** justos e independentes da vontade para balizar um acordo. O ponto de partida da negociação deveria ser esse acerto. A busca desses critérios visa a ajudar a dirimir a questão substantiva ou a acordar procedimentos justos para resolver os interesses conflitantes.

Às vezes, um padrão de legitimidade não exclui a existência de outros. A melhor maneira de dirimir diferenças sobre o melhor critério é envolver mais pessoas, identificar qual é o padrão de maior aceitação social. Soluções de compromisso ou de divisão da diferença são aconselháveis quando há dois critérios diferentes (preço de mercado e custo depreciado). O padrão usado pelas partes no passado pode ser, todavia, uma alternativa de resolução de diferenças.

O texto *Como Chegar ao Sim...* trata de como lidar com quem não quer jogar dentro da lógica da negociação baseada em princípios. O 'jiu-jitsu' da negociação é uma forma de abordagem que se aplica nesses casos e que consiste em evitar jogar nossa força diretamente contra a dele, usando de habilidade para esquivar-se dos ataques e direcionar a força do outro no sentido que nos interessa. O objetivo é tentar trazer o outro para o campo da exploração dos interesses. As regras básicas desta abordagem seriam:

- Não atacar a posição do outro. É melhor aceitá-la como uma opção, procurando os interesses e princípios subjacentes e pensando em meios de aprimorá-los. Portanto, sempre olhe o que há por trás da posição do outro.
- Faça com que o outro discuta as prováveis conseqüências para você da imposição de uma proposta defendida por ele. Não defenda acirradamente suas idéias. Peça ao outro críticas e conselhos sobre uma idéia sustentada por você. Em vez de pedir-lhe que aceite ou rejeite uma idéia, pergunte-lhe o que há de errado nela: "Qual de seus interesses esta proposta deixa de levar em conta?". Examine os julgamentos negativos do outro, para descobrir-lhe os interesses subjacentes e

aprimorar suas idéias desde o ponto de vista dele. Reelabore suas idéias à luz do que descobrir com ele, fazendo assim com que a crítica, antes um obstáculo ao processo de trabalhar pela obtenção de um acordo, se transforme em um ingrediente essencial desse processo.

- Coloque o outro na sua posição e pergunte o que ele faria nesse caso. É uma forma de canalizar críticas em um sentido construtivo.
- Encare o ataque a você como um ataque ao problema. Exemplo: “Quando o senhor diz que a greve demonstra que não nos importamos com as crianças, ouço nisso seu interesse pela sua educação. Compartilhamos desse interesse, elas são nossos filhos. Queremos que a greve termine e possamos voltar a educá-las, o que podemos fazer juntos”.
- As pessoas empenhadas nessa abordagem usam dois instrumentos-chave: a pergunta e o silêncio. As afirmações geram resistências, ao passo que as perguntas geram respostas. Além de ajudarem a discernir melhor os interesses dos outros, elas distendem o ambiente (minoram o conflito) e ajudam a criatividade. O silêncio provoca um desconforto no outro, especialmente quando este tem dúvidas. Leva à necessidade de falar mais, de completar afirmações que culminaram em um impasse. Gera desafios.

É importante registrar que, mais recentemente, Ury aprofunda esta estratégia em *Supere o Não: negociando com pessoas difíceis* (1991). Nesse trabalho, o autor reafirma a necessidade de procurar trazer o interlocutor para o campo da discussão de interesses ou para a postura de solucionar problemas (desviando-o da postura ofensiva). Mais do que saber afirmar, o essencial aqui é saber fazer perguntas voltadas para a solução dos problemas, priorizando as perguntas em aberto (que são aquelas que não podem ser respondidas com um não). Correspondem a este tipo perguntas como: ‘*Por que* você quer isso?’, ‘*Por que* você acha que isso seria justo?’, ‘*Por que não* fazer assim?’, ‘*O que* haveria de ‘errado com esta abordagem?’, ‘*E se* atendêssemos a essa exigência...?’ (condicional), ‘*Qual* é o propósito desta política?’, ‘*Como* me aconselha a proceder?’, ‘*Quem* poderia estabelecer uma exceção?’.

Uma última técnica interessante da metodologia de negociação por princípios é a técnica do texto único, que supõe a mediação. Um mediador elabora um anteprojeto com base no levantamento dos interesses de ambos os lados da negociação e discute esse anteprojeto com cada parte em separado, reformulando-o em função das contribuições recebidas, até que surja uma versão que agrade aos dois lados.

Fisher e Ertel (1997), interessados na operacionalização prática do enfoque de negociação por princípios, propõem uma verdadeira “caixa de ferramentas para a preparação de uma negociação”, que condensa a proposta em formatos, o que pode ser

muito útil. Com base nesse recurso, propomos o seguinte protocolo de preparação da negociação:

- Relacionar os atores, do nosso lado e do outro, afetados com o resultado da negociação.
- Listar, por meio da técnica *ad hoc*, os interesses dos dois lados, procurando priorizá-los. Distinguir os interesses eventualmente comuns e distintos.
- Relacionar padrões 'justos' de negociação em torno da questão substancial específica que deve ser respondida nessa negociação (critérios dotados de legitimidade), procurando identificar em que medida eles podem favorecer ou não nossa posição.
- Identificar algumas opções iniciais de ganho mútuo mediante o exame dos interesses e dos critérios legítimos de negociação.
- Identificar as alternativas dos dois lados, caso nenhum acordo seja conseguido. Ver os prós e os contras. Explorar a possibilidade de melhorar minha(s) alternativa(s) e de tornar a(s) do interlocutor menos atraente(s).
- Usar a imparcialidade do processo para persuadir. Neste caso, procurar identificar em que medida processos persuasivos de obtenção de acordos sobre o processo (quando não se chega a um acordo substancial) podem ser aplicados (chamar um especialista, deixar um árbitro decidir). E tentar identificar situações em que o interlocutor se encontra na nossa situação, resgatando seus argumentos e vendo a possibilidade de aplicação na situação concreta (teste de reciprocidade).
- Em relação à comunicação e ao relacionamento:
 - Listagem dos problemas de relacionamento e das possíveis soluções.
 - Listagem de suposições nossas acerca das intenções e percepções do outro e do que podemos ouvir (ou do que os outros podem dizer) que possa questionar tais suposições.
 - Listagem de declarações que podemos fazer para expressar nossos interesses e de respostas possíveis da contraparte, visando a reenquadrar ou redeclarar nossos interesses, de modo que eles os ouçam melhor.
- Simular a situação em termos de um teatro lúdico de negociação, quantas vezes seja necessário, distribuindo os papéis (usar os elementos acumulados analiticamente).
- Listar conclusivamente no mínimo três opções consideradas de ganho mútuo.

Introduzindo uma nova questão: a liderança

Crozier e Sérieyx reúnem em um livro (1994) a síntese dos trabalhos da conferência internacional 'Em busca da organização de amanhã', realizada pelo grupo canadense Inovação. Nessa conferência, que contou com grandes pensadores da área do gerenciamento, faz-se uma constatação crítica dos impasses com que se depara esta área. Os autores participantes defendem profundas mudanças no estilo de gerenciamento e nas formas de organização do trabalho, de modo a que as instituições possam melhor se adaptar aos desafios do futuro. Um tema recorrente no texto é a necessidade de um novo padrão de liderança, cuja emergência representaria uma das condições favoráveis à mudança organizacional almejada. Esse novo padrão corresponde a uma liderança criativa capaz de rever os fundamentos organizacionais e de inspirar nos trabalhadores o desejo de mudar e introduzir novas filosofias e estratégias para mobilizar e focalizar as energias e os recursos existentes.

Uma hipótese é que a ausência desse tipo de liderança gera uma saturação de **gestão procedimental**, cujos excessos podem gerar 'monstros burocráticos'. O conferencista que embasa a discussão sobre liderança no livro mencionado é Warren Bennis, especialista no assunto. Ele afirma que o poder deve ser a energia fundamental necessária para lançar e alicerçar uma ação, ou seja, ele é a capacidade de traduzir a intenção em realidade e de sustentar a ação. A liderança é o uso sensato desse poder.

Segundo Bennis, a diferença entre o gerente e o líder seria que a liderança sabe o que é necessário fazer, enquanto que o gestor sabe como fazê-lo bem. Esse autor elenca dez papéis essenciais para distinguir gestão e liderança, sintetizados no quadro a seguir.

Os diferentes papéis da gestão e da liderança*

Gestão / Gerente	Liderança / Líder
Cuida da administração.	Cuida da inovação.
Preocupação com a manutenção.	Preocupação com o desenvolvimento.
Ênfase no sistema e na estrutura.	Ênfase nas pessoas.
Volta-se para o curto prazo.	Volta-se para o longo prazo.
Preocupa-se com o 'como'.	Preocupa-se com 'o quê' e 'por quê'.
Trabalha com a obediência.	Trabalha com o engajamento.
Lida com o controle.	Lida com o poder.
Explora os recursos físicos e o capital da organização, suas competências, matérias-primas e tecnologia.	Explora os recursos não tangíveis da organização, seus valores e aspirações.
Centrado nos aspectos do desempenho organizacional.	Centrado, exclusivamente, no lado humano.
Relaciona-se com a posição hierárquica ou com a função exercida.	Não se relaciona com a posição hierárquica ou com a função exercida.

*Elaboração própria a partir de Bennis, apud Crozier & Sérieyx (1994).



Para saber mais:

CROZIER, M. & SÉRIEYX, H. (Dir.) *Du Management Panique à l'Entreprise du XXI^e Siècle*. Paris: Maxima, 1994.

O segredo seria, talvez, o equilíbrio entre gestão e liderança, variando essa dosagem de acordo com as circunstâncias.

Gestão procedimental é aquela centrada em regras, rotinas e procedimentos objetivos.

Bennis chegou à conclusão de que as qualidades de um bom líder (ou da “liderança transformadora”) correspondem, freqüentemente, àquilo que os empregados esperam dele: que lhes indique uma direção, inspire confiança e lhes ofereça esperança. Para responder às expectativas dos empregados, os líderes teriam que ser resolutos, ter um bom caráter e ser otimistas ou convencidos de sua eficácia pessoal.

Para mobilizar a inteligência dos indivíduos, e não a sua simples obediência, faz-se necessário um elemento novo, nem sempre previsto pela gestão de recursos humanos e a administração tradicional: que o empregado queira autenticamente, pessoalmente. E para tal, são-lhe necessárias razões, válidas de seu ponto de vista. Nem a manipulação, nem a sedução, nem o terror (ameaça de cortes) têm tido êxito nesse campo, como se pode ver perfeitamente nos nossos dias (Crozier & Sérieyx, 1994).

O melhor caminho para essa mobilização não prescinde da **comunicação**, e para que tal mobilização seja efetiva, o líder deve inspirar confiança, a qual estaria relacionada não só à exemplaridade, mas igualmente à constância e à coerência. A melhor maneira de demonstrar a coerência, além do seu próprio comportamento, seria passar de intenções a atos concretos, modificando, por exemplo, os processos de gestão e a estrutura organizacional.

A liderança transformadora (de Bennis) seria como uma peça em três atos: o primeiro ato corresponderia a reconhecer a necessidade de revitalização da organização; o segundo, a criar uma nova visão; e o terceiro, a institucionalizar a mudança.

Apesar da **crítica à liderança transformadora**, para as finalidades deste texto essa concepção tem aspectos extremamente relevantes a se ressaltar. Merecem destaque a valorização do trabalho em equipe, a precisão de objetivos, a autonomia e a abertura para o exterior, requisitos que, a nosso ver, contribuem para a socialização e a responsabilização dos indivíduos. E para a compreensão de que, fundamentalmente, aprender a ser líder se faz na experiência histórica e pessoal de cada um, na interação com os outros. A valorização primordial do lado humano, em vez do tecnológico e procedimental, contribui para uma liderança não manipuladora, que busca agregar os valores e motivações fundamentais de cada indivíduo que integra a organização.

Assim, a qualidade de ser líder propicia uma reconstrução da liderança voltada para a arte do diálogo, visto que diz respeito, fundamentalmente, à capacidade de mobilizar os sujeitos organizacionais e de promover a argumentação entre eles sobre as suas visões da missão, dos objetivos para alcançá-la e das ações necessárias correspondentes.

Uma liderança calcada na ética e na capacidade de buscar o alcance da missão pela competência cognitiva e relacional, fundada na promoção da integração dos sujeitos para o alcance de um adequado desempenho organizacional. Esta seria uma liderança voltada para a responsabilização e para a socialização dos sujeitos organizacionais.

A **comunicação** é um elemento essencial da liderança, e se constitui em elemento integrador de práticas e de novos comportamentos na gestão. Destina-se a convencer os demais da justeza de sua visão.

Crítica à liderança transformadora: essa visão de Bennis dá uma interpretação um tanto personalista à liderança. Ela atribui ao líder possibilidades plenas de conduzir a organização para a mudança, em detrimento aparente de uma construção mais coletiva.

A concepção de uma organização em permanente processo de aprendizagem da experiência, de ensaio e erro, de geração da informação e das capacidades necessárias a um questionamento sistemático de seu desempenho e a uma evolução contínua de suas habilidades não se coaduna, segundo o autor, com uma visão que coloca a liderança sempre no topo da instituição.

Para Dionne (1997), o verdadeiro estrategista do século XXI é aquele que concebe a organização como o conjunto de pessoas que a modelam, e que se assume como um negociador do cotidiano capaz de inserir tal conjunto em um processo de aprendizagem e de mudança permanentes. Dotado de uma visão clara de seu projeto, esse estrategista deveria ser capaz de animar sua organização, dividindo a sua visão com seus integrantes e favorecendo o livre desenvolvimento do potencial humano.

Motta (1991) destaca três dimensões de habilidades e qualidades da liderança: organizacional, interpessoal e individual. Sobre as habilidades organizacionais, o autor salienta:

- O bom conhecimento da missão e dos objetivos internos, para que estes possam ser comunicados, e das características da ambiência externa, de modo a facilitar a adequação da organização à realidade existente.
- A capacidade de descoberta permanente e de processamento contínuo de problemas e soluções.
- A capacidade de articular, agregar e processar continuamente idéias e alternativas de ação, para redefinir o sistema de autoridade e de responsabilidade com base em valores compartilhados.
- A capacidade de ter uma visão (intuição sobre o futuro) e de orientar-se em termos prospectivos.

Em relação às habilidades interpessoais, o autor destaca:

- A capacidade de aprender a aceitar as pessoas como elas realmente são e de reconhecer o valor positivo que elas têm.
- Estimular o contato direto permanente com as pessoas, aumentando a confiança nelas.
- Desenvolver as capacidades de comunicação e de negociação, reforçando o compartilhamento de informações, a interação permanente e a participação.
- Praticar um tipo de gestão ambulante, diminuindo a distância social.

A respeito das habilidades individuais, o autor considera que devem ser encaradas de maneira flexível, por serem passíveis de aprendizado (ou não necessariamente inatas). Ele destaca algumas habilidades, tais como: o bom conhecimento de si mesmo (antes de

qualquer coisa), de suas potencialidades e limitações; a iniciativa; o otimismo; a persistência; a integridade e a autenticidade.

Motta (1991) sintetiza as qualidades da liderança, usando o quadro seguinte:

Mitos e realidades sobre liderança	
Liderança não é	Liderança é
1. mágica ou mistério;	1. habilidade humana e gerencial;
2. propriedade de pessoas eminentes;	2. alcançável por pessoas comuns;
3. fruto de qualidades especiais inatas;	3. fruto de habilidades desenvolvidas;
4. panacéia para a solução de todos os problemas; missão	4. forma de comunicação e articulação da e de futuros alternativos;
5. uso do poder pessoal para garantir alcance seguidores ou propósitos pessoais.	5. uso do poder existente para garantir o de propósitos comuns.

De todo o exposto, pode-se depreender que o novo paradigma da liderança acentua a necessidade de uma visão estratégica e de atributos de comunicação e de negociação que lhe possibilitem operar mais como fator de mobilização do que de imposição. Como delineado aqui, dispor de visão privilegiada para a mudança não pode ser entendido como um traço personalista e manipulador de liderança, mas como um olhar posto a serviço da argumentação crítica (para além da persuasão de base emocional) e construído na base da escuta ativa dos outros e, principalmente, da cultura organizacional.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde - Noas-SUS 01/02. Portaria MS/GM n. 373, de 27/01/2002.
- CHALVIN, D. *L'Entreprise Négociatrice*. Paris: Dunod, 1997.
- CROZIER, M. & SÉRIEYX, H. (Dirs.) *Du Management Panique à l'Entreprise du XX^e Siècle*. Paris: Maxima, 1994.
- DIONNE, P. & ROGER, J. *Le Stratège du XX^e Siècle: vers une organisation apprenante*. Montreal, Paris, Casablanca: Gaetan Morin, 1997.
- FISHER, R & BROWN, S. *Como Chegar a um Acordo: a construção do relacionamento que leva ao sim*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FISHER, R. & ERTEL, D. *Estratégias de Negociação: um guia passo a passo para chegar ao sucesso em qualquer situação*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.
- FISHER, R. & URY, W. *Como Chegar ao Sim: a negociação de acordos sem concessões*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

FISHER, R. & URY, W & PATTON, B. *Como Chegar ao Sim: a negociação de acordos sem concessões*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

MATUS, C. PES: guia de análisis teórico. Fundación Altadir, Venezuela, 1994. (Mimeo.)

MOTTA, P. R. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.

URY, W. L. *Supere o Não: negociando com pessoas difíceis*. São Paulo: Best Seller, 1991.

ZAJSZNAJDER, L. *Teoria e Prática da Negociação: política de negociação*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.

Exercício para ser feito em grupo, com muita discussão

Tentem aplicar o que vimos até agora sobre negociação e liderança aos serviços de vigilância sanitária. Se for necessário, voltem ao texto...

1 - Considere o serviço de vigilância em que você trabalha e responda às seguintes perguntas:

- O que é negociado, e com que propósito?
- Quem ganha ou quem perde (ou todos ganham – negociação cooperativa) com a negociação?
- Qual a margem de liberdade de que o pessoal técnico dispõe para negociar, por exemplo, os prazos para cumprimento das exigências a serem satisfeitas pelo setor regulado?

2 - Considere a necessidade de construção do sistema estadual de vigilância sanitária.

- a) À luz do texto, você considera que o processo de negociação (pactuação) para a descentralização das ações se dá segundo as recomendações aqui contidas?
- b) Por que e como melhorar o processo, se é que isso é necessário?

3 - No seu cotidiano de gerente de vigilância sanitária você se vê como gerente/chefe ou como líder?

4 - Você tem se preocupado com a motivação da equipe e em comunicar a missão/visão/valores do seu serviço?

Política e Gestão da Saúde no Brasil

Luciana Dias de Lima
Tatiana Wargas de Faria Baptista



Para início de conversa...

As questões a seguir serão discutidas neste texto. Tente respondê-las com base em sua experiência.

- O que significa política de saúde?
- Qual o papel do cidadão na construção da política de saúde?
- Qual a relação entre a política de saúde e a vigilância sanitária?

Para enfrentar essas questões, apresentamos uma análise da política pública e da gestão em saúde no Brasil, com o objetivo de propiciar a discussão das implicações desse processo para a Vigilância Sanitária (Visa). O texto se divide em três partes. Na primeira, abordamos algumas questões relativas ao processo político mais geral no Brasil e suas conseqüências na definição das políticas públicas e para as condições de vida da população brasileira; delineamos a história da saúde no Brasil e o recente movimento reformista. Na segunda, fazemos uma sistematização sobre a organização da gestão da política pública de saúde no Brasil. Na terceira, discutimos a descentralização da política de saúde e propomos a reflexão sobre que desafios se apresentam para os gestores da vigilância sanitária.

O processo político no Brasil e a definição das políticas públicas

De maneira geral, quando falamos em política há uma tendência das pessoas a relacionar este termo a atos escabrosos de políticos: atos de corrupção, troca de favores, nomeações de parentes para cargos bem remunerados, ações em proveito próprio, e tantos outros.

A política, no senso comum, está associada a uma prática negativa dos políticos e bastante distante da realidade do cidadão, que se sente impotente diante dos acontecimentos.

Para Maria Eliana Labra (2002), a política é uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras gerais sob as quais vivem. Assim, a política é inseparável tanto do conflito como da cooperação... É por isso que o âmagio da política é entendido como um processo continuado de resolução de conflitos, no qual visões e interesses divergentes se reconciliam. A política é praticada em todos os contextos e instituições sociais, sejam abertos e democráticos ou despóticos. O que varia é o **modo de fazer política**.



Para saber mais sobre como se constituíram as instituições políticas e o Estado brasileiro, busque NUNES, E. *Gramática Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

Não é raro ouvirmos frases como “Todos os políticos são iguais, é tudo farinha do mesmo saco” ou “Os políticos legislam em causa própria, não pensam na população, só se lembram dela em época de eleição”. É como se a política não fizesse parte da vida das pessoas, apesar de interferir de forma concreta nas suas vidas. Ou, então, para elas as decisões políticas estão longe de expressar suas vontades e necessidades...



O que possibilitou a liberdade de atuação dos políticos sem a prestação de contas para a população?

O que possibilitou a construção dessa imagem da política e dos políticos?

O país viveu períodos longos de regime autoritário, o que contribuiu para uma situação de total desconhecimento sobre as ações dos políticos. E o fato de o Estado brasileiro ter se constituído e consolidado com base em práticas que beneficiavam alguns grupos em detrimento de outros e na concentração do poder e decisões nas mãos de poucos consolidou um determinado **modo de fazer política**. Os políticos tomavam decisões de acordo com os seus próprios interesses e a partir das pressões que sofriam dos grupos sociais e econômicos mais influentes/fortes em cada período de nossa história, e não encontravam resistências para essa sua forma de atuar.

Nesse contexto, o Estado brasileiro não se constituiu com base na solidariedade. Ao contrário, prevaleceu a disputa por interesses particulares e/ou corporativos, bem ao estilo “farinha pouca, meu pirão primeiro”. Mas, progressivamente, as coisas vêm mudando...

Ainda são muitas as dificuldades para se destrinchar as amarras institucionais do Estado, combater práticas políticas fisiológicas e criar uma nova expectativa social com relação à política e aos políticos, bem como em relação ao papel do cidadão, até agora muito passivo no controle das ações do Estado e com dificuldade de lutar pelos seus direitos, ou pelo menos reconhecê-los.

Até aqui falamos de políticos e de práticas políticas indesejadas, de um Estado pouco permeável à participação e de uma sociedade constituída de cidadãos passivos... Mas, podemos vislumbrar que:

A política não é obra de um conjunto de pessoas na cúpula do poder de um Estado.

- Ela é fruto de uma relação entre Estado e sociedade.
- É a expressão dos acordos explícitos e implícitos entre esses dois grupos, contando com maior ou menor participação da sociedade no processo decisório, de acordo com o regime de governo que lhe dá sustento.

Essas reflexões sobre o caso brasileiro permitem identificar algumas conseqüências da forma de encaminhamento da política de Estado para o desenvolvimento do país e para as condições de vida do povo. O Brasil está entre os países de maior **desigualdade** no mundo, apesar de ser a décima primeira maior economia mundial, segundo dados do Banco Mundial referentes ao ano de 2003.

O Estado brasileiro, nos últimos cem anos de sua trajetória, obteve com relativo sucesso uma política de desenvolvimento econômico para o país. Mas essa política não foi acompanhada pelo igual desenvolvimento das políticas sociais, que só na Constituição Federal de 1988 foram definidas com vistas à construção de uma política de proteção social mais abrangente e solidária.

Nos últimos cinquenta anos, a sociedade brasileira tornou-se uma das maiores consumidoras de medicamentos do mundo. A sociedade brasileira é, ao mesmo tempo, altamente medicalizada e alienada dos malefícios dos produtos que consome, além de contar com um grande contingente de pessoas alijadas do consumo:

- Existem mais farmácias espalhadas pelo país do que médicos, registrando-se casos de localidades onde existem farmácias, mas não residem médicos.
- O Brasil apresenta um dos maiores índices de cirurgia estética, com a utilização de próteses como as de silicone.
- A população consome alimentos, bebidas, medicamentos, cosméticos e outros produtos sem questionar procedência ou qualidade.

Nas décadas de 1980 e 1990, tomou-se conhecimento dos problemas a serem enfrentados pelo poder público no que diz respeito à vigilância sanitária, com a mídia propagando diversas situações de falta ou precariedade de controle sanitário. Desde então, muitos avanços ocorreram no controle sanitário do país...

Desigualdade em 2001

- 46 milhões de brasileiros em situação de pobreza.
- Taxa de indigência da população: 14,3% dos brasileiros.
- Concentração de renda: 10% mais ricos concentram 22,7 vezes mais renda que os 40% mais pobres.
- Analfabetismo: 13,3% da população (15 anos ou mais).
- Acesso a água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, habitação, saúde, educação e outros programas sociais desigualmente distribuídos pelas regiões e grupos sociais (iniquidade). (Programa Fome Zero, 2003)



O que tudo isso tem a ver com a saúde e, mais especificamente, com a Visa?



O que diz a Constituição Federal de 1988 com relação à saúde, e por que este foi um marco político importante?

A política pública de saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 foi elaborada com o objetivo de afirmar o Estado democrático de direito e romper com o padrão político autoritário e excludente estabelecido, resgatando o compromisso do Estado de promover o bem-estar e a justiça social. Como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, foram definidos no artigo terceiro da Constituição:

- I – Construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II – Garantir o desenvolvimento nacional;
- III – Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades regionais e sociais;

IV – Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

Nos ‘Direitos e Garantias Fundamentais’ da Constituição, afirmaram-se como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Por emenda constitucional, posteriormente, foi incluído o direito à moradia. É claro que instituição de um direito não assegura seu efetivo gozo...

Seguridade social: modelo de proteção social universal adotado nos países desenvolvidos, principalmente no pós-guerra, abrangendo previdência, saúde, assistência social, habitação, educação e outros direitos sociais. No Brasil, a seguridade social foi instituída na Constituição de 1988, restrita à previdência, saúde e assistência social. No entanto, essas áreas ainda disputam recursos e sofrem de deficiente articulação.

No âmbito da **seguridade social**, foram assegurados como direitos a saúde, a previdência e a assistência social, tendo por objetivo a formulação de uma estrutura de proteção social:

- 1 - abrangente – com a universalidade da cobertura e do atendimento;
- 2 - justa – com a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- 3 - equânime – com equidade na forma de participação do custeio com várias fontes de recursos para dar sustentação ao setor;
- 4 - democrática – com caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa e integração da sociedade civil na condução das políticas públicas.

No capítulo da saúde foi definido o Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo ao Estado assumir a redução do risco de doença e de outros agravos mediante a construção de políticas sociais e econômicas e de uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Constituição Federal do Brasil, artigo 196).

Breve história da saúde no Brasil

Quando falamos que em 1988 definiram-se as bases de um sistema único de saúde, de caráter universal e igualitário, muitas vezes não nos damos conta da dimensão política que este enunciado encerra e dos conflitos de interesse que estão postos desde a formulação até a operacionalização dessa política.

A política de saúde no Brasil apresenta uma trajetória segmentada em dois campos de atuação, de origens distintas, que se constituíram com base em interesses bastante diversos e com formas específicas de intervenção do Estado e de inserção no aparato estatal: o da saúde pública e o da assistência médica da previdência social.

O campo da saúde pública começou a se configurar no final do século XVIII em função da necessidade do Estado de controlar algumas doenças que assolavam o país e

interferiam diretamente no desenvolvimento comercial do país. A partir da proclamação da República, a preocupação com o controle das doenças tornou-se mais efetiva e o objetivo de proteger e sanear as cidades, especialmente as portuárias, a fim de facilitar a comercialização e circulação dos produtos exportados (principalmente alimentos), ganhou operacionalidade.

O Estado definiu uma série de medidas de caráter público e universal, financiadas com **recursos tributários**, visando à organização de um espaço público minimamente saudável. Foram criadas **estruturas institucionais** de serviços para controlar e fiscalizar o espaço público, a produção, as pessoas e as doenças. Por outro lado, houve preocupação com o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde pública e nas faculdades de medicina. Foram criados o Instituto Butantan, em São Paulo, e o Instituto Soroterápico de Manguinhos, este último nos moldes do Instituto Pasteur, de Paris.

As principais cidades portuárias sofreram forte intervenção do Estado, que implementou ações de saneamento e organização do espaço público, com a desinfecção, inclusive domiciliar, e o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública. Implantou-se o sistema de notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, e a vacinação obrigatória. Para o controle e implementação dessas ações instituiu-se a polícia sanitária, com poder de punir quem desrespeitasse as normas determinadas, em nome da proteção da saúde da população.

Recursos tributários são aqueles oriundos da arrecadação dos impostos e das contribuições sociais.



Exemplo de estruturas institucionais criadas: Diretoria Nacional de Saúde Pública, distritos sanitários marítimos e Serviço dos Portos, entre outros.



Para pensar

- Quais as diferenças e semelhanças entre o poder de polícia instituído naquela época nas ações da saúde pública e o que vigora na atualidade?

O campo da saúde pública tinha como objetivo primordial prevenir que a população adoecesse de algumas mazelas. Assim, o foco principal correspondia às ações de promoção da saúde (saneamento, educação sanitária etc.) e prevenção das doenças (como vacinação, controle de epidemias etc.). No entanto, havia algumas **doenças que precisavam ser 'controladas' pelo Estado**, e para elas passou-se a contar com alguns hospitais especializados ou sanatórios e centros de saúde públicos. Nessas unidades, o atendimento restringia-se às ações específicas para essas doenças e, via de regra, não havia uma preocupação com uma assistência integral à saúde.

A saúde pública se desenvolveu com essa lógica de atuação, restrita a determinados problemas de saúde e com o objetivo de evitar a propagação de doenças com ações abrangentes e sistemáticas de caráter 'coletivo'. Essas ações estavam embasadas em conhecimentos técnicos, que se aperfeiçoaram no mesmo ritmo de desenvolvimento da

Exemplos de doenças 'controladas' pelo Estado: hanseníase, tuberculose e transtornos psiquiátricos. Para os problemas psiquiátricos a justificativa era a periculosidade.

própria medicina. E essa política, no Brasil, coincidiu com o interesse do Estado na construção de um país economicamente sustentado. A economia dependia de uma mão-de-obra saudável, de 'ambientes saudáveis', de 'produtos saudáveis'. E a política de saúde pública implementada visava a controlar espaços e pessoas a fim de garantir um mínimo de sustentabilidade econômica para o Estado em formação. As políticas desenvolviam-se a partir do Estado e para o Estado, definindo ações que deveriam ser cumpridas por todos os habitantes do país.

Do final do século XIX até a criação do SUS, foi essa a lógica que prevaleceu e se aperfeiçoou no desenvolvimento da saúde pública no Brasil. Primeiramente, nas ações propostas pela Divisão Nacional de Saúde Pública e depois pelo Ministério da Saúde (instituído em 1953), pelas extintas Sucam (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) e Fundação Sesp (Serviço de Saúde Pública) e pela atual Fundação Nacional de Saúde (FNS e, mais recentemente, Funasa).

As ações da vigilância sanitária, de natureza preventiva, se inserem prioritariamente no 'campo da saúde pública'. A história da vigilância sanitária nos remete à forma e à lógica de atuação da saúde pública desde o seu início. Na década de 70, e mais intensivamente a partir dos anos 90 do século XX, a vigilância sofreu uma série de reformulações, com regulamentações específicas, fortalecendo-se esta área de atuação, pelo menos no plano formal.



– E quando as pessoas adoeciam, para onde iam?
– Isso variava...

Antes dos IAP, já existiam as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que foram o primeiro momento da política previdenciária no Brasil. O que diferencia as CAP dos IAP é o fato de que naquelas o Estado não realizava qualquer tipo de mediação ou participação.



Para saber mais sobre a previdência social, leia *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*, de Sonia Maria Fleury Teixeira e Jaime Oliveira.

Até a década de 1930, não existia ação governamental que se responsabilizasse por todos os tipos de ações individuais de saúde, e o tratamento para as doenças era bastante diferenciado. Os que faziam parte da burguesia eram tratados em suas próprias casas ou em clínicas. Se eram pobres, faziam uso da prática popular ou iam para os hospitais religiosos que prestavam assistência gratuita às pessoas carentes. Se a doença era hanseníase, tuberculose ou doença mental, seu destino era o sanatório.

Nos anos 30, o Estado iniciou a montagem de um sistema público de previdência social, com a constituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Os institutos tinham por objetivo garantir ao trabalhador de algumas categorias profissionais (marítimos, bancários, industriais etc.) o direito a alguns benefícios sociais, como a previdência (aposentadoria por tempo de serviço e pensão em caso de morte) e a assistência à saúde (para o trabalhador e seus familiares). Esse sistema era financiado pelo trabalhador (descontado no salário), pelo empregador (parcela dos lucros) e pelo Estado. Só o trabalhador formal e contribuinte tinha direito a participar desse sistema e usufruir seus benefícios. Configurava-se, portanto, um sistema de proteção não universal no qual o direito à saúde, para o trabalhador e seus dependentes, estava condicionado à situação de contribuinte. Essa forma de organização da política de proteção social determinou a lógica do campo de atuação da assistência médica, que esteve associada, desde então, à previdência social.

O campo da assistência médica previdenciária passou por algumas fases. Da década de 30 até 1966, constituíram-se os IAP de cada categoria profissional, configurando diferentes padrões de proteção social de acordo com o poder econômico da própria categoria – os IAP mais ‘ricos’ ofereciam um amplo leque de benefícios; os mais ‘pobres’ ofereciam benefícios mais restritos. Em 1966, os institutos foram reunidos em um só – o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) –, e os benefícios passaram a ser os mesmos para todas as categorias. E em 1977 foi realizada uma mudança na estrutura institucional do INPS, criando-se o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), com o objetivo de delimitar a política de assistência médica no âmbito do Ministério da Previdência.

A assistência médica previdenciária teve uma expansão acelerada desde a sua instituição na década de 30, o que resultou também em uma expansão do complexo industrial, que inclui medicamentos, aparelhos e instrumentos usados na assistência à saúde. Com o SUS, o Inamps foi incorporado ao Ministério da Saúde (o que ocorreu em 1990), mas sua estrutura só foi extinta em 1993.

Resumindo...

O que vimos foi que se constituíram dois campos de atuação no setor Saúde, um campo voltado para as ações e serviços de saúde pública e outro para as ações e serviços assistenciais. As ações de saúde pública eram consideradas direito de todos, as ações assistenciais, direito dos contribuintes da previdência.

Os dois campos de atuação na área da saúde também constituíram estruturas institucionais próprias para dar sustentação às suas políticas, que apresentavam objetivos e lógicas bastante diferenciados.

Ao final dos anos 70, o sistema previdenciário entrou em **crise** explícita, advinda: da má aplicação dos recursos; do uso dos recursos em obras sem retorno para o caixa; da incorporação tecnológica e aumento dos custos; da assistência baseada predominantemente no hospital e do **privilegio ao setor privado**. Somado a isso, um quadro social de grande desigualdade, condições de vida insalubres, saneamento precário, problemas relacionados à produção de medicamentos etc.

O campo da saúde pública não se desenvolveu como o campo da assistência médica previdenciária. Ele contou com uma parcela pequena de recursos e atuou de forma precária no controle e prevenção das doenças. Na década de 70, doenças que já haviam sido controladas pelo Estado no início do século retornavam em surtos epidêmicos, ameaçando a saúde da população, e a mortalidade infantil tinha como principal causa as doenças infecciosas e parasitárias. O agravamento do quadro sanitário foi fruto do fato de as ações de caráter coletivo terem sido, desde os anos 60, relegadas a segundo plano.

A crise possibilitou a expansão dos movimentos sociais e a formulação de propostas que atendessem aqueles excluídos do sistema de proteção social. Na área da saúde, ganhou

Nesse contexto de **crise** dos anos 70, foi implantada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Consumidor, para apurar denúncias sobre irregularidades nas práticas da indústria farmacêutica.

Esse **privilegio** expressou-se pela contratação de serviços do setor privado e pelo financiamento de sua construção e expansão com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

destaque ao final dos anos 70 o movimento da Reforma Sanitária, que denunciava a forma de organização do sistema: a crise, os gastos excessivos e o privilegiamento da oferta de ações e serviços.

O que era o movimento da Reforma Sanitária?

O movimento reformista buscava modificar a lógica da assistência à saúde no Brasil, apresentando quatro proposições para debate:

- A saúde é um direito de todo cidadão, independentemente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação.
- As ações de saúde devem estar integradas num único sistema, garantindo o acesso de toda a população a todos os serviços e ações de saúde, sejam de cunho preventivo ou curativo.
- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios.
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

Plano Conasp: conjunto de propostas racionalizadoras para superar a crise da previdência. Incluía medidas de combate às fraudes.

O movimento da Reforma Sanitária impulsionou o debate sobre a saúde no Brasil e pressionou por mudanças. No âmbito da Previdência Social, o conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) identificou um conjunto de distorções no modelo de saúde então vigente, a saber: serviços inadequados à realidade; insuficiente integração dos diversos prestadores; recursos financeiros insuficientes; desprestígio dos serviços próprios; superprodução dos serviços contratados. Esse conselho elaborou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (**Plano Conasp**), em 1981.

Entre as propostas apresentadas pelo Conasp, destacou-se o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), como uma estratégia importante rumo à universalização do direito à saúde. Ele apresentou uma proposta de 'integração' e 'racionalização' dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, com vistas a compor um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência para o atendimento.

As AIS foram implementadas a partir de uma gestão MS-Inamps-secretarias estaduais e consistiam, principalmente, em estabelecer convênios com os municípios e estados com repasse de dinheiro da previdência. Tal política visava a:

- Ampliação da oferta de serviços de saúde.
- Criação de instâncias interinstitucionais de gestão.

- Maior ênfase nas ações básicas e preventivas, com ênfase no tratamento ambulatorial.
- Integração entre as ações do Inamps e do MS.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), debate realizado em 1986 com a participação de mais de quatro mil pessoas, entre profissionais do setor Saúde, governo e usuários dos serviços, estabeleceu um marco político para o setor, na medida em que encontrou respaldo nos movimentos sociais e nas próprias instituições de saúde.

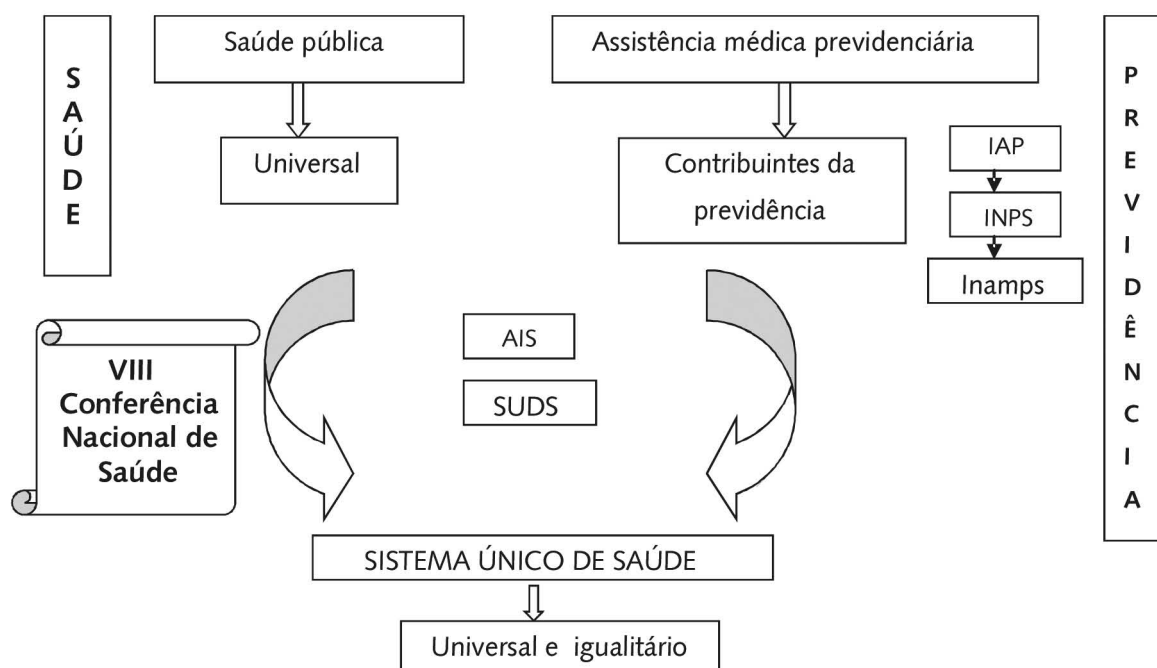
Em 1987, teve início a Assembléia Nacional Constituinte e foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (**SUDS**). Ele surgiu como uma estratégia-ponte para a efetivação do SUS, estabelecendo políticas de transição entre um sistema dividido nas ações do Ministério da Saúde e do Inamps e centralizado no âmbito do governo federal.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142) foi aprovada com o objetivo de regulamentar o SUS, definindo os objetivos e atribuições do SUS e as regras gerais para a participação popular e financiamento do sistema. As leis seguiram os princípios gerais já definidos na Carta Constitucional de 1988 e avançaram na construção das bases legais para a implementação da política. Além dessas, outras leis, portarias ministeriais e normas vêm definindo os rumos da política de saúde no Brasil, ganhando destaque as **normas operacionais**.

A figura a seguir apresenta uma sistematização esquemática do processo de evolução do sistema de saúde brasileiro.

O **SUDS**, em última análise, visou a encaminhar o processo de descentralização de maneira gradual, a partir dos escritórios regionais do Inamps, já colocando em prática, de forma gradativa, a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde previdenciários e buscando uma integração com a política de saúde implementada por estados e municípios.

Desde 1990 já foram editadas seis **normas operacionais** da saúde. Essas normas são abordadas em outro texto deste livro.



Os princípios do SUS

Vamos retomar os princípios do SUS tal como se apresentam no contexto de implementação dessa política, a partir da Lei Orgânica da Saúde.

I - Descentralização

Instâncias subnacionais de governo: estados e municípios.

A descentralização teve o propósito de promover a democratização do processo decisório na saúde, em contraposição às práticas centralizadas no âmbito federal de governo. Ela foi vista como uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, mediante a transferência de poder decisório do governo federal para as **instâncias subnacionais** de governo.

Por trás dessa concepção, havia uma lógica de organização do sistema de saúde que tinha como pressuposto a idéia de que quanto mais perto o gestor estivesse dos problemas de uma comunidade, mais chances teria de acertar em sua solução. Assim, foram apresentadas as diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços, com a organização de um sistema de referência e contra-referência, incorporando os diversos níveis de complexidade do sistema.

Para regionalizar, municípios e estados precisariam conhecer os problemas sociais e de saúde de suas localidades para implementar uma política de saúde condizente com as necessidades. Quem passaria a decidir as prioridades de cada região seria o gestor daquela região, que levaria em consideração as características geográficas, o fluxo de demanda, o perfil epidemiológico e a oferta de serviços.

A hierarquização dos serviços seguiria a mesma lógica, organizando a rede de saúde com base nos diferentes níveis de complexidade dos serviços e de acordo com as realidades local e regional. A referência e contra-referência funcionariam como os elos dessa rede. Se um município ou um serviço de saúde não apresentasse condições para atender a um determinado problema de saúde, individual ou coletivo, deveria remeter a uma outra unidade de prestação de serviços (referenciada), com capacidade de resolução do problema apresentado e o retorno à unidade de origem (contra-referência).

Para a construção desse sistema, fazia-se necessária a identificação das unidades de prestação de serviços de saúde por área, por nível de complexidade, por natureza e tipo de atendimento, por especialização e por rede (pública ou privada).

Com essa proposta, desenhava-se um grande desafio para o setor Saúde, que contava com uma grande heterogeneidade na capacidade política, institucional e técnica de muitos estados e principalmente dos municípios, alta concentração da oferta de serviços em algumas regiões e uma cultura institucional burocratizada.



Para pensar

- Quais são as especificidades da descentralização e regionalização para a vigilância sanitária?
- O poder de polícia e as ações características da vigilância sanitária podem ser regionalizados?

2 - Integralidade

A integralidade se apresentou no contexto da reforma como contraponto ao contexto institucional da saúde, que se dividia em ações promovidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária. Estava posta a questão da unicidade do sistema e da necessária articulação dos diferentes níveis de gestão (federal, estadual e municipal) e níveis de atenção (primário, secundário e terciário) para a organização da política de saúde.

Afirmava-se a integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, devendo o sistema de saúde proporcionar ao indivíduo ou à coletividade as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades.

Também nesse ponto apresentavam-se muitos desafios para os gestores. Mais uma vez, as diferenças existentes na rede de serviços de saúde e na forma de articulação política e institucional entre os gestores viriam dificultar a construção de uma política de saúde de caráter integral. Por outro lado, a própria trajetória de constituição de dois campos de atuação na área da saúde – a saúde pública e a assistência médica previdenciária – havia constituído uma lógica de atuação que não favorecia a construção de ações de saúde integradas. Os serviços, os profissionais da saúde e também a população precisavam incorporar e construir uma nova concepção de saúde.



Para pensar

- Você acha que a vigilância sanitária tem enfrentado esse desafio de construir uma nova concepção de saúde que tem como pressuposto a saúde integral?
- Em que medida a vigilância sanitária pode contribuir na consolidação do princípio da integralidade?

3 - Participação popular

Conselhos de saúde: compostos de 50% de usuários e 50% de representantes do governo, profissionais da saúde e prestadores de serviços. A eles é conferido o papel de fiscalização e controle do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e das propostas e metas previstas nos planos de saúde.



Para saber mais, acesse:

<www.fiocruz.br/histconferencias/histconferencias.htm>
<www.saude.rj.gov.br/ces>
<www.conselho.saude.gov.br>

Para outros desafios, ver o texto de Victor Vincent Valla sobre controle social e controle público.

O princípio da participação popular é a garantia constitucional de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e controle de sua execução.

No arcabouço institucional do SUS, da participação popular passou-se ao chamado controle social, com a configuração dos **conselhos de saúde** (em cada nível de governo – nacional, estadual e municipal), além da realização, a cada quatro anos, de conferências de saúde (também em cada nível de governo). O principal avanço foi o estabelecimento de um canal permanente de relação entre o gestor e a população, possibilitando, pelo menos em tese, maior transparência no processo decisório.

Já as conferências de saúde têm por objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”, podendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

Como é possível perceber, o princípio da participação popular expressou o momento político de redemocratização vivido pelo país e a capacidade de articulação do movimento social no contexto da saúde. Mas, no processo de implementação do SUS, esse princípio também encontraria desafios. A começar pela própria imaturidade política dos diversos segmentos sociais (prestadores de serviços, profissionais e usuários), que têm dificuldade, por motivos de diversas ordens, para se articular como propositores e controladores da política, seja nos conselhos de saúde ou nas conferências. A heterogeneidade das regiões, por sua vez, traria níveis diferenciados de participação e compreensão das propostas, dificultando o diálogo entre os segmentos sociais representados e os gestores. De fato, a proposta de controle e participação social na formulação da política de saúde esbarra em questões relativas à organização do Estado brasileiro e da sociedade, que precisam ser enfrentadas de forma gradativa.



Atenção

Cada um desses princípios assume especificidades que mereceriam ser detalhadas de acordo com a realidade de cada município e estado diante dos desafios que se apresentam para a sua execução.

A organização da gestão pública da saúde no Brasil e a Visa



Para pensar

- O que significa o termo 'gestão da política de saúde', e quem são os gestores do SUS?
- Quais as principais funções a serem desempenhadas pelos gestores do SUS?
- Quais são as principais instâncias que participam do processo de gestão da política de saúde?
- Quais as especificidades da gestão da política de vigilância sanitária?

Apesar de não existirem diferenças entre os termos 'gestão', 'gerência' e 'administração', no processo de descentralização da política de saúde brasileira predomina uma certa conotação política no uso do termo 'gestão', à diferença do gerenciamento e da perspectiva de integração de diferentes ações e serviços. Por gestão, entende-se 'a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde' – municipal, estadual ou nacional – que encerra todo o conjunto de ações para o atendimento das pessoas e às exigências ambientais, nas diversas dimensões da atenção à saúde:

- A assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.
- As intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho e na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental.
- As políticas externas ao setor da saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos. (Brasil, 1997)

Cabe ao poder público zelar pelos interesses da sociedade, ainda que isto implique a restrição de direitos e liberdades individuais. Essas atribuições do poder público na área da saúde se realizam de diversas formas e por meio das instituições que conformam o Estado brasileiro, entre elas a Vigilância Sanitária.

Ser gestor da política pública de saúde é dirigir um sistema de ações e serviços de saúde e implica o desempenho de uma série de atribuições típicas do Estado e, por isso mesmo, de natureza abrangente e com fins coletivos.

A vigilância sanitária integra a administração pública, que compõe a estrutura do SUS nos diferentes níveis de governo – Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. É co-responsável pela gestão da política da saúde no âmbito nacional, estadual e municipal.

Esses **princípios** da administração pública serão abordados em outro texto.

Atores sociais são as pessoas, grupos ou entidades que participam das disputas nas diversas arenas políticas, econômicas e ideológicas (espaços abstratos onde ocorrem tais disputas). Por exemplo, os conselhos de saúde.

No SUS, definiu-se que os gestores são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área da saúde. Conforme o artigo 9 da Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, a direção do SUS é única no nível nacional, estadual e municipal, sendo exercida pelos seguintes órgãos:

“I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente” (Brasil, 1990).

É claro que cada uma das estruturas que compõem a direção do SUS nos diferentes níveis de governo possui uma organização administrativa própria. Independentemente da existência de um chefe maior (ministro ou secretários de Saúde), essas estruturas possuem órgãos gestores, com diferentes cargos de direção e chefia, que participam e são responsáveis pela gestão do SUS, em coerência com as funções que lhes foram atribuídas em regulamentação específica.

De forma geral, como representantes do governo no exercício da administração pública, os gestores devem observar, na sua prática, os **princípios** da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, conforme estabelecido nas disposições gerais do Capítulo VII da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Mais especificamente, pode-se dizer que os gestores no SUS atuam em dois âmbitos imbricados: o ‘âmbito político’ e o ‘âmbito técnico’ (Brasil, 2002).

No âmbito político, cabe ressaltar que o compromisso do gestor deve ser o de zelar pelo interesse público e garantir a implantação dos princípios do SUS, visando à concretização da saúde como um direito social de cidadania. A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com outros **atores sociais** do jogo democrático, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes.

O desempenho das funções do Poder Executivo, em um sistema político republicano e democrático como o do Brasil, e os próprios objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos de representação e atuação do governo e da sociedade civil organizada. Com relação aos representantes do governo, destaca-se a relação do gestor do SUS com: o chefe eleito do Executivo respectivo que o designou (presidente, governador, prefeito); outros ministros e secretários; o Ministério Público; representantes do Poder Legislativo (senadores, deputados federais e estaduais, vereadores) e do Poder Judiciário.



Para pensar

- No âmbito do seu município, quais são as instâncias do poder público que mais participam do processo decisório na vigilância sanitária?
- Qual o papel desempenhado pelo Poder Judiciário e qual a influência do Poder Legislativo sobre as decisões da vigilância sanitária?
- Como gestor da vigilância sanitária, como tem sido a sua articulação com os demais representantes do poder público na sua localidade?

O arcabouço institucional do SUS prevê uma série de instâncias de representação e deliberação, que envolvem a participação dos diferentes níveis gestores do sistema e de diversos segmentos representativos dos interesses da sociedade. Destaca-se a participação dos gestores nos conselhos de saúde, nos conselhos de representação dos gestores de âmbito nacional e estadual (**Conass**, **Conasems**, **Cosems**) e nas Comissões Intergestores Tripartite (**CIT**) e Bipartites (**CIB**).

É preciso também considerar que esse arranjo institucional específico do SUS permite que outras instâncias, mesmo não diretamente responsabilizadas pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas de saúde, participem do processo decisório sobre a política de saúde. Como exemplos, as conferências de saúde e os conselhos de saúde no SUS. A expectativa no funcionamento dessas instâncias é que elas possibilitem a ampliação da participação da sociedade nos processos de formulação e implementação da política de saúde. Os gestores, portanto, devem respeitar e valorizar o seu adequado funcionamento.

As comissões intergestores (CIT e CIB) também são instâncias que desempenham funções importantes na gestão do sistema. Elas foram criadas para coordenar o processo de elaboração da política de saúde nos três níveis de governo e articular a sua atuação.

Na década de 1990, a CIT se consolidou como canal fundamental de debate sobre os temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação dessa política por intermédio dos seus conselhos de representação nacional – Conass e Conasems – e incentivando, ainda, a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação. Essa instância desempenha papel relevante particularmente na decisão sobre temas relacionados à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de alocação de recursos financeiros federais do SUS.

As CIB discutem questões relacionadas tanto aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da alocação de recursos federais do SUS é um tema freqüente) quanto a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado. Atualmente, percebe-se uma ampliação gradativa da abrangência da pauta dessas

Conass: Conselho Nacional dos Secretários de Estado de Saúde
Conasems: Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
Cosems: Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CIB: Comissão Intergestores Bipartite

reuniões, que envolvem temas relacionados à regionalização e hierarquização da assistência, mas também à organização de políticas de promoção e prevenção – plano de combate à dengue, vigilância sanitária, entre outros.

Podemos dizer que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) segue a estrutura institucional e decisória do SUS. Decisões importantes sobre a política de vigilância sanitária são tomadas no âmbito das conferências e conselhos de saúde e das comissões intergestores.



Para pensar

- Em seu município, onde se dá e quem participa do processo de negociação e decisão com relação às políticas de vigilância sanitária?

O detalhamento de cada uma das **macrofunções gestoras** não será feito neste texto. Por enquanto, trata-se de discutir um pouco mais e problematizar alguns princípios que regem a organização da gestão na área da saúde.

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia no exercício das funções gestoras na saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde; didaticamente, podem-se identificar quatro grandes grupos de funções ou **macrofunções gestoras**, nos diferentes campos da atenção à saúde, que englobam:

1. Formulação de políticas e planejamento.
2. Financiamento.
3. Coordenação, regulação, fiscalização, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde.
4. Prestação direta de ações e serviços de saúde.

Cada um desses grandes grupos de funções compreende uma série de atividades específicas. Por exemplo, dentro do campo 'Formulação de políticas e planejamento' estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação e seleção de prioridades e programação de ações e serviços.

Problematizando a descentralização da gestão da política de saúde no Brasil: entre o comando único e a gestão compartilhada

O princípio do comando único (ou direção única) está associado à idéia de integração da gestão das ações e serviços de saúde, nos diversos campos da atenção à saúde, em cada

esfera de governo, segundo seus respectivos âmbitos de competência política e administrativa. O objetivo final é que cada esfera de governo seja capaz de assumir a responsabilidade plena para melhorar as condições de saúde da população.

Já vimos que a gestão da política sanitária envolve, em seus processos decisórios, diversos órgãos de atuação do governo e de representação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, organismos colegiados e de participação da sociedade. Dessa forma, seja pelo processo inerente à tomada de decisão na formulação e implementação de qualquer política pública, seja pelo arcabouço institucional previsto no SUS, seja pelos objetivos a serem atingidos na área da saúde, os gestores não exercem suas funções de forma isolada. Eles necessitam interagir com outros representantes do poder público e de diferentes grupos de interesse da sociedade e devem assumir a liderança do processo decisório na negociação política característica das sociedades democráticas.

Por outro lado, o comando único é a tentativa de garantir, na gestão da política de saúde, a observância de um princípio comum a todo sistema federativo: a manutenção de uma certa autonomia ou independência entre os governos nacional e os subnacionais na elaboração de suas políticas próprias. Assim, no âmbito nacional a gestão do sistema deve se dar de forma coerente com as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde; no âmbito estadual, com as políticas elaboradas pela secretarias estaduais de Saúde, e no âmbito municipal pelas secretarias municipais de Saúde.



Para pensar

- É possível separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência política de cada esfera de governo?

Todos nós elegemos representantes para os governos municipal, estadual e nacional. Por que para nós, cidadãos, torna-se importante saber de quem é a responsabilidade pela formulação e implementação de uma determinada política? Para a saúde, um caso emblemático dessa questão, que ocupou durante muito tempo as páginas dos principais jornais do Rio de Janeiro, foi o embate em torno da responsabilidade sobre o controle da epidemia do dengue. Quem não se lembra da célebre frase: “De quem é a responsabilidade pelo mosquito da dengue?”. Na vigilância sanitária, os casos de contaminação de rios por produtos industriais podem envolver um conjunto de municípios e até mesmo de estados.

Para os gestores, é preciso definir o papel e as atribuições dos três níveis de governo, o que significa identificar as especificidades de sua atuação no que diz respeito a cada uma das ‘macrofunções’ aqui relacionadas, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos

da política de saúde, e para cada campo da atenção à saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros).

Existem valores e identidades comuns, que se formam e se expressam diferentemente em função dos espaços que as pessoas ocupam na sociedade. Também por essa razão, os problemas se manifestam e são percebidos de forma específica nos diferentes territórios geográficos. Eles estão relacionados, entre outros, à história, às condições ambientais, à cultura, ao nível de desenvolvimento socioeconômico e à infra-estrutura de bens e serviços existentes. As desigualdades são particularmente expressivas e de distintas naturezas nas diversas regiões, estados e municípios brasileiros. Não podemos esquecer que esses problemas representam, na maioria das vezes, desafios para os gestores da política de saúde, cujo enfrentamento exige soluções coerentes com a realidade local e regional.



Para pensar

Nas diversas regiões do estado do Rio de Janeiro, por exemplo, há uma grande variedade de problemas de saúde e desafios que devem ser enfrentados pelos gestores do SUS.

O Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro contém o diagnóstico dos principais problemas identificados pelos gestores municipais e estadual de saúde. Disponível em http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_estadual.shtml.

Leia as informações ao lado para responder às perguntas abaixo:

- Você acha que os problemas relacionados aqui ao lado correspondem à sua realidade?
- Eles refletem a visão do secretário de Saúde de seu município?
- Qual a relação desses problemas com a prática da vigilância sanitária?

Na agenda da Reforma Sanitária brasileira, a diretriz de descentralização esteve sempre atrelada a questões mais abrangentes, como a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais (Teixeira, 1990). Por outro lado, a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com algumas idéias fortalecidas nos anos 90, que vão de encontro à ampliação do papel do Estado e dos direitos na área da saúde. Os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, ainda que fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram um certo consenso acerca da descentralização e favoreceram o avanço desse processo (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Não por acaso, o processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo a transferência de serviços, de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. De fato, a década de 90 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado para uma conjuntura em que milhares de gestores – municipais e estaduais – passam a constituir atores fundamentais no campo da saúde.

A descentralização, como um projeto isolado, não garante o caráter democrático do processo decisório. A própria indução e condução do processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil, necessita do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central ou da esfera de governo imediatamente superior (Arretche, 1997). Pode-se afirmar que a descentralização é insuficiente para a concretização do SUS, pois seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor da saúde aos valores democráticos.

A perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços, é uma dimensão igualmente importante na análise do processo de descentralização da saúde, já que existem outros princípios que devem ser observados (Viana, 1995). A regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde demandam a formação e gestão de redes de atenção à saúde não diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa da federação, tais como as redes (ou sistemas) interestaduais de ações e serviços de saúde e as redes intermunicipais. Esses sistemas estão submetidos à negociação e ao comando dos diferentes níveis gestores do SUS e ressaltam a importância do funcionamento das comissões intergestores, como instâncias de pactuação de interesses e de decisão intergovernamental.

Na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde não respeitam as fronteiras dos territórios político-administrativos. A maior parte dos municípios brasileiros e muitos estados não possuem condições de prover seu território de todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus cidadãos, e dispõem de recursos (financeiros, materiais e humanos) muito diferenciados entre si.

Destaca-se que a **variação populacional**, relacionada ao número de habitantes e à densidade demográfica, também é acentuada. Isso significa que, ao falarmos em município, estamos nos referindo a unidades de espaço-território-população extremamente diferenciadas.

Variação populacional

Segundo dados da FIBGE de 2001, a população dos estados brasileiros varia de apenas 279 mil habitantes (Roraima) a mais de 36 milhões de habitantes (estado de São Paulo). Já a população dos municípios varia de pouco mais de mil habitantes até mais de dez milhões de habitantes, no caso do município de São Paulo. Apesar de mais de 75% dos municípios brasileiros terem menos de 25.000 habitantes, a maior parte da população reside em municípios de grande porte.



Para pensar

- Como as variações apontadas aqui – porte populacional e recursos materiais, financeiros e humanos na área da saúde – se expressam entre as diversas regiões e municípios de seu estado? Elas são tão acentuadas como no caso de outros estados brasileiros?
- Que implicações essas variações têm para a realização das ações de vigilância em todos os municípios e para a descentralização da vigilância sanitária?

Territórios subnacionais são os espaços geográficos que, juntos, conformam o território nacional. Pode ser entendido como o espaço geográfico de cada ente federado. Por exemplo, os estados da federação.

Federação é sinônimo de Estado federal, isto é, o Estado em que coexistem entes federados que gozam de autonomia constitucionalmente definida. No caso do Brasil, a República Federativa é formada pela união indissolúvel dos estados e municípios e do Distrito Federal (CF de 1988, art. 1).

O **federalismo** é um sistema baseado na distribuição territorial do poder e da autoridade entre as instâncias de governo, definida e assegurada em uma Constituição, de tal forma que os governos nacional e subnacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação. Os sistemas federais apresentam formas peculiares de relações entre as esferas de governo que variam de um país para outro e no mesmo país, ao longo do tempo.

A diversidade entre os **entes federativos** quanto a porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, diante da complexidade dos desafios inerentes ao setor.

É importante também considerar que os estabelecimentos de saúde que conformam um determinado sistema municipal não são, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura. O mais importante é que as ações ali desenvolvidas, em unidades próprias ou em unidades privadas (contratadas ou conveniadas ao SUS), estejam organizadas e coordenadas de forma adequada. Portanto, definir o que é de competência exclusiva de cada esfera de governo é tarefa complexa.

O arranjo federativo é uma forma de organização político-administrativa do Estado. Uma forma sofisticada de, ao mesmo tempo, possibilitar que interesses comuns a todos os cidadãos e interesses específicos aos diferentes **territórios subnacionais** sejam garantidos pelo poder público. Ele deve expressar, portanto, as tentativas do Estado de regular os problemas públicos, tratando-os como problemas nacionais ou locais.

Em uma **federação**, o governo nacional e os subnacionais têm poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas. Na federação são observadas formas de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, e modalidades de interação caracterizadas tanto pelo conflito de poder como pela negociação entre as esferas de governo. A existência de competências legislativas concorrentes e de competências comuns na oferta de bens e serviços é da essência do **federalismo**, e nas federações contemporâneas a tendência à participação das diferentes esferas de governo nas distintas atividades públicas é universal (Almeida, 2001).

Por esse motivo, a Constituição, a legislação e outros instrumentos reguladores específicos de cada política possuem um papel fundamental na definição dos limites, na maior parte das vezes tênues, de cada uma das esferas de governo. No Brasil, se analisarmos as funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas sociais, veremos que há um compartilhamento de atribuições pelas diferentes esferas de governo.

Identificando algumas responsabilidades de cada esfera de governo na política de saúde

A União, os estados, o Distrito Federal e os 5.561 municípios atualmente existentes são considerados pela Constituição de 1988 como **entes federativos** com elevada autonomia administrativa e legislativa. Mas, a Constituição Federal de 1988 considera 'cuidar da saúde' tarefa de todos, ou seja, uma competência comum à União, estados, Distrito Federal e municípios. Como um dever do Estado, a saúde deve ser garantida por todos os entes da federação brasileira. Em relação à proteção e à defesa da saúde, é responsabilidade da União o estabelecimento de normas gerais, e dos estados e municípios a sua suplementação. Na prestação das atividades de atendimento à saúde, são ressaltados a preponderância do município e o papel de cooperação técnica e financeira entre a União e os estados.

O detalhamento das **competências comuns** e específicas da direção nacional, estadual e municipal do SUS é feito pela Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Na Lei 8.080, os artigos 16 a 19 procuram definir as competências específicas de cada gestor do SUS, e os artigos 20 a 26 também são relevantes, por tratarem da participação do setor privado no SUS.

Na legislação, observa-se uma tendência ao padrão observado na Constituição: preponderância do papel normatizador e regulador da União; do papel complementar dos estados (excetuando-se a gestão e oferta daqueles serviços de maior complexidade e abrangência) e do papel executor de ações e serviços pelos municípios. Também nessas leis, destaca-se o papel de cooperador técnico e financeiro do Ministério da Saúde em relação aos estados e municípios, e de cooperador técnico dos estados em relação aos municípios.

Outros instrumentos legais específicos, do Ministério da Saúde e dos estados – leis, decretos, portarias e resoluções – contribuem para a repartição de responsabilidades entre os níveis gestores do SUS. As normas operacionais, por exemplo, podem ser consideradas como instrumentos de regulação das relações intergovernamentais no SUS.

Diante das imensas desigualdades regionais e socioeconômicas do país, da variedade de funções e atividades a serem desempenhadas e dos desafios a serem enfrentados, a divisão de responsabilidades entre os diferentes níveis gestores do sistema precisa admitir arranjos flexíveis, permitindo sua adequação às realidades dos municípios e estados brasileiros nos diversos campos da atenção à saúde.

“O exame da atribuição de **competências**, em matéria sanitária, revela que a Constituição Federal vigente não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde.” (Dallari, 2000:126)



Para pensar sobre alguns desafios para a vigilância sanitária diante das considerações sobre o processo político no Brasil e dos princípios que regem a política pública de saúde e a organização da gestão:

- Como se articular com os conselhos de saúde?
- Como adequar as normas aos interesses sociais, ao compromisso com a garantia da saúde e à realidade brasileira?
- Como mediar o conflito de interesses existente no âmbito da vigilância – gestor, indústria, comércio, serviços, população?
- É possível articular políticas intra e intersetoriais?
- É possível desenvolver uma gestão compartilhada no âmbito da Visa?

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, 51:13-34, 2001.
- ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas. In: GERSHMAN, S. & WERNECK VIANNA, M. L. (Orgs.) *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- BRASIL. Senado Federal. Constituição da República. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 20/03/2003.
- BRASIL. Senado Federal. Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080, de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8080.htm>>. Acesso em: 20/03/2003.
- BRASIL. Senado Federal. Lei da Saúde – Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8142.htm>>. Acesso em: 20/03/2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/nob.htm>>. Acesso em: 20/03/2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto 2002. Oficina n. 2: Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde. Texto-base para debate. (Mimeo.) Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/seminario_internacional.htm>. Acesso em: 20/03/2003.
- DALLARI, S. G. Organização jurídica da administração pública em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- LABRA, M. E. Política, processo decisório e informação. Texto preparado para o curso a distância Processos de Gestão e Tecnologias de Informação em Saúde. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2002. (Mimeo.)
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas (debate). *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-318, 2001.
- TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *RAP*, 24(2):78-99, 1990.
- VIANA, A. L. D. *Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1995. (Estudos de saúde coletiva, 118)

A Vigilância Sanitária e a Regulação do SUS pelas Normas Operacionais

Mirian Miranda Cohen
Juliano de Carvalho Lima
Cláudia Regina de Andrade Pereira



Para início de conversa...

No desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária (Visa), nos defrontamos com diversas dificuldades de caráter técnico e gerencial, muitas delas relacionadas à estruturação do próprio serviço de vigilância. É comum ouvirmos dos profissionais, entre outras queixas, que não há investimentos no setor porque suas atividades para proteção à saúde da população podem contrariar diversos interesses presentes na sociedade. Mas, será esse um problema específico da área de vigilância sanitária?

Sem a pretensão de responder direta e imediatamente essa questão, propomos, neste texto, um olhar sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo alguns de seus **instrumentos de regulação**. Acreditamos que com isso serão agregados outros elementos para que nossa reflexão sobre a pergunta aqui formulada seja aprofundada, ao mesmo tempo que buscamos compreender o percurso da Visa no processo de construção do SUS.

Instrumentos de regulação do SUS: as normas operacionais do SUS são instrumentos de regulação do sistema, na medida em que elas definem regras e fluxos para gestão e financiamento do SUS. A NOB 01/96, inclusive, é assim apresentada pelo ministro da Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

Você já deve saber que o SUS possui um arcabouço jurídico-legal que o regulamenta e um conjunto de princípios e diretrizes que o orientam, tais como a universalidade, a integralidade, a participação da população, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Ele foi criado com a Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Além disso, você já deve ter ouvido falar nas normas operacionais do SUS, que são instrumentos de regulação e, atualmente, pode estar ouvindo falar muito de uma nova norma em vigor, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas).

Você já indagou...

Como tem sido o caminhar da Visa no processo de construção do SUS?

- Que mudanças as normas provocaram no sistema de saúde?
- Como é abordada e tratada a Visa pelas diferentes normas?
- O que muda para a Visa e, em consequência, para sua prática, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/2002)?

Instrumentos de regulação do Sistema Único de Saúde



Atenção

As **normas operacionais** tratam especificamente de alguns aspectos do desenvolvimento das políticas de saúde, e não da regulação de todo o sistema.

Após a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, e a edição das leis orgânicas da saúde em 1990, surgiu o desafio de transformar o SUS em realidade. Várias iniciativas foram desenvolvidas com esse objetivo. As conferências de saúde continuaram a ocorrer. Muitas das suas deliberações não foram implementadas, como as diretrizes quanto aos recursos humanos e planos de carreira. Assim, o processo de regulamentação do SUS foi conduzido, principalmente, por instrumentos legais: as **normas operacionais**.

Ao longo dos 14 anos do SUS, foram editadas quatro normas operacionais: 1991/1992; 1993; 1996; 2001/2002. As normas operacionais apresentam diferenças fundamentais que refletem o momento político em que foram elaboradas e a intensidade do processo de pactuação entre gestores para sua formulação.

Normas operacionais do SUS são instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam especialmente dos aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Norma Operacional Básica (NOB) - SUS 01/91

A NOB-SUS 01/91 surge como apoio à descentralização e reforço do poder municipal. Entretanto, há críticas ao seu formato, tido como centralizador, sobretudo por prever mecanismos de transferência por meio de convênios, e ao sistema de pagamento por produção, quer dizer, pagamento por procedimentos produzidos. Essa lógica estabelece a distribuição de recursos de internações hospitalares e de cobertura ambulatorial, tendo como base a capacidade instalada. Isso significa que o volume de procedimentos executados dita o volume de recursos e que quanto maior a rede de assistência à saúde, mais recursos são transferidos.



Pense um pouco...

Será que essa lógica de transferências de recursos, prevista na NOB-SUS 01/91, fortalece as diretrizes do SUS, como a universalidade e a equidade das ações de saúde?

A proteção e a promoção da saúde, previstas constitucionalmente, não são mencionadas na NOB-SUS 01/91 e nem na sua substituta, a NOB-SUS 01/92, que omitem a vigilância sanitária e epidemiológica, não contemplando o princípio de integralidade do sistema.

Contudo, a descentralização está em foco, e como você deve lembrar, em 1990, no estado do Rio de Janeiro, se inicia formalmente o processo na Visa, com a Resolução SES 562/90, que transfere a responsabilidade de execução de ações de baixa complexidade em Visa aos municípios. Em outros estados aconteceu processo semelhante.

Mas, como os mecanismos de regulação e financiamento não foram desenvolvidos e as condições para sua implementação não estavam definidas, o processo de descentralização das ações básicas de Visa foi incipiente e recebido apenas burocraticamente pela maioria dos municípios.

Norma Operacional Básica (NOB) - SUS 01/93

A NOB-SUS 01/93 avança ao respeitar a estratégia de descentralização prevista nas conferências nacionais de saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. É a partir da NOB-SUS 01/93 que se pode caracterizar o processo de elaboração das NOB como participativo.

A NOB-SUS 01/93 busca operacionalizar o documento 'Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei', formulado por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com base nas discussões e nos pactos estabelecidos na IX Conferência Nacional de Saúde (1992).

Cabe destaque, nesse documento, para a proposta de descentralização como processo que pressupõe a redefinição de papéis; a reorganização institucional; a reformulação de práticas das três esferas de governo, com o estabelecimento de novas relações entre eles e a implantação imediata dos conselhos de saúde para estabelecer o controle social.

A NOB-SUS 01/93 estabelece as seguintes condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Fortalece a relação entre os diferentes níveis de governo para pactuação intergestores ao implementar a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** no nível federal e a Comissão Intergestores Bipartite (**CIB**) em cada estado.

Comissões intergestores (bipartite e tripartite) são fóruns de pactuação entre gestores do sistema que viabilizam o exercício de negociação no SUS.
CIT: esfera federal
CIB: esfera estadual

Apesar de expressar a insatisfação pelo pagamento por produção e mediante convênios, a NOB-SUS 01/93 não rompe totalmente com esta lógica, quando prevê mecanismos de transferência 'fundo a fundo' para municípios em gestão semiplena, mantendo os recursos transferidos com base no valor da produção apresentada nos Sistemas de Informação Ambulatoriais (SIA-SUS) e Hospitalares (SIH-SUS).

Em síntese, podemos registrar como principais implementações da NOB-SUS 01/93:

- Início do repasse fundo a fundo para municípios habilitados.
- Estabelecimento das instâncias intergestores (CIB e CIT).

O serviço federal de vigilância sanitária, a então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), era um setor política e estruturalmente frágil, no qual se sucediam os coordenadores. A falta de proposta para implementação da Visa no SUS reflete a ausência de projeto claro para a configuração de um sistema descentralizado de vigilância sanitária. Assim, sem indicação de mecanismos de operacionalização das ações de Visa, com indefinição das responsabilidades dos governos federal, estadual e municipal na sua execução e sem indicativo de novas possibilidades de financiamento para a área, a Visa não obteve respaldo na NOB-SUS 01/93 para avançar no processo de descentralização.

A NOB-SUS 01/93, apesar de fazer referência à Visa quando descreve as responsabilidades que estados e municípios devem assumir ao pleitearem as diferentes condições de gestão, contemplou prioritariamente as atividades ambulatoriais e hospitalares.

Quadro 1 - NOB-SUS 01/93 - Responsabilidades e requisitos da área de vigilância sanitária

Condição de gestão	Estados		Municípios	
	Responsabilidades	Requisitos	Responsabilidades	Requisitos
Incipiente*	–	–	Incorporar à rede de serviços ações básicas de vigilância sanitária e desenvolver ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de registros e de estabelecimentos e de produtos para saúde.
Parcial	Coordenar a rede de laboratórios de saúde pública e assumir a formulação, a execução e o controle das ações de vigilância de ambientes e de processo de trabalho.	Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de registros e de estabelecimentos e de produtos para saúde.	Incorporar à rede de serviços ações básicas de vigilância sanitária e assumir a formulação, a execução e o controle das ações de vigilância de ambientes e de processo de trabalho.	Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de registros e de estabelecimentos e de produtos para saúde.
Semiplena	Coordenar no seu âmbito as ações de vigilância sanitária e a rede de laboratórios de saúde pública.	Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de registros e de estabelecimentos e de produtos para saúde.	Assumir a execução e o controle das ações básicas de vigilância.	Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de registros e de estabelecimentos e de produtos para saúde.

* Não há a condição de gestão incipiente para os estados.

Fonte: Lucchese, 2000.

Norma Operacional Básica SUS 01/96

A NOB-SUS 01/96 tem como característica principal a implementação de uma série de regras, com a finalidade de reforçar e consolidar a capacidade de gestão do sistema por parte do poder público e redefinir as responsabilidades dos estados, municípios e União em relação às suas atribuições no Sistema Único de Saúde. Além disso, avança no processo de descentralização, definindo novas formas de gestão (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema, que veremos adiante). Confere maiores responsabilidades para o nível municipal, ao mesmo tempo que aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde. Podemos dizer que, em relação à descentralização das ações de vigilância sanitária, a NOB 01/96 trouxe alguns

avanços, que foram apropriados de forma desigual pelos diferentes estados da federação brasileira. Veremos agora os principais elementos trazidos pela NOB-SUS 01/96, e, destes, sobretudo os relacionados à vigilância sanitária.

Sistema municipal de saúde



Com maiores responsabilidades para os municípios, como ficou a Visa?
Será que mudou alguma coisa?



Atenção

O avanço do processo de descentralização, via municipalização, faz com que o município passe a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

A NOB-SUS 01/96 reforça o papel gestor do município, destacando que “a gestão do sistema municipal de saúde é, necessariamente, de competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo conselho e de outras diferentes instâncias de poder”. Assim, independentemente de a gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde (hospitais, laboratórios, ambulatórios) ser pública ou privada, o gerenciamento do sistema como um todo é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Vamos fazer aqui uma pequena pausa para reflexão sobre quatro afirmativas:

- Descentralização é uma palavra de sentido positivo, altamente valorizada por todos nós, herdeiros que somos de toda uma história de centralização na administração pública brasileira.
- A expressão ‘descentralização’ se traduz na realidade de diferentes modos: desconcentração, privatização e descentralização propriamente dita. Esta última é a transferência de poder decisório sobre as políticas e sobre sua implementação.
- A descentralização, no senso comum da saúde, significa municipalização, em virtude de o poder decisório ter sido centralizado na esfera federal de governo.
- A descentralização depende de todo um processo social e político. Temos exemplos de estados brasileiros que têm um alto grau de descentralização das políticas sociais, alcançado durante um longo período, resultado de uma política duradoura e persistente, como é o caso do Paraná.

Os estados brasileiros têm graus diferenciados de descentralização. Por exemplo, no caso do estado do Rio de Janeiro, vários fatores históricos e sociais contribuíram para o retardo no processo de descentralização.

No período de implementação da NOB 01/96, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, por intermédio de seu Serviço de Vigilância Sanitária, conclamou os municípios a avançarem no processo de descentralização. Naquele momento, somente 26 municípios aderiram oficialmente à proposta. Desses municípios, apenas 14 têm tido condições de cumprir o que foi pactuado.

Os municípios que aderiram à proposta estão listados na Resolução SES 1262/98, que lhes delega competência para executar ações de Visa nos estabelecimentos de interesse da saúde pública (vigilância sanitária de serviços de saúde sem internação e vigilância sanitária de estabelecimentos de comércio farmacêutico); conceder licença de funcionamento e/ou revalidá-la; cassar licença de funcionamento e fiscalizar outros estabelecimentos sujeitos a ação de Visa. Como já visto, a descentralização das ações de vigilância quanto ao comércio de alimentos aconteceu anteriormente, no início da década de 90 (Resolução SES 562/90).

O papel dos demais níveis de governo no SUS

A NOB 01/96 procurou tornar mais claras as responsabilidades de cada nível de governo na regulação do SUS. Para isso, esclareceu as atribuições que seriam comuns aos três níveis e aquelas que seriam atribuições específicas de cada esfera de governo.

O 'poder público estadual' tem como uma de suas responsabilidades fundamentais promover a articulação e integração dos municípios no nível supramunicipal, cooperando técnica e financeiramente com eles. A NOB-SUS 01/96 define quatro papéis básicos para os estados e para a União:

Quadro 2 - Papéis básicos dos estados e da União na gestão do SUS

Gestão estadual	Gestão federal
Exercer a gestão do SUS no âmbito estadual. Promover as condições e incentivar o poder municipal a assumir a gestão da atenção à saúde de seus municípios, numa perspectiva integral. Assumir, em caráter provisório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade. Ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS estadual.	Exercer a gestão do SUS no âmbito nacional. Promover as condições necessárias ao desenvolvimento dos sistemas municipais e incentivar o gestor estadual nesse sentido. Fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais. Exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Além disso, outro aspecto importante da NOB-SUS 01/96 diz respeito ao reforço da atuação dos fóruns de pactuação constituídos pelos gestores municipais, estaduais e federal – CIT – e pelos gestores municipais e estadual – CIB, como visto anteriormente.

Relações entre os municípios

Os municípios brasileiros apresentam imensas diferenças, o que caracteriza diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacidade de oferta de serviços. Tendo em vista essa diversidade, torna-se necessário, muitas vezes, que pessoas de um determinado município que não encontrem o tipo de serviço de saúde capaz de resolver seus problemas no seu próprio local de moradia busquem atendimento em outro município, onde o serviço de que necessitam está disponível.

Essa relação entre os municípios deve ser mediada pelo gestor estadual, tendo como instrumento a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esta aloca os recursos federais de acordo com a capacidade instalada, a produção, os parâmetros assistenciais e os fluxos de referência que se dão entre os municípios. Assim, se o município X, que não possui tomografia computadorizada, encaminha pacientes para realizar este procedimento no município Y, o valor correspondente a esta ação é alocado previamente, pelo gestor estadual, no município Y, sendo descontado do Teto Financeiro da Assistência do município X.

Condições de gestão do município

A NOB-SUS 01/96 define dois tipos de gestão, de acordo com a capacidade técnica e administrativa dos municípios para gerenciar seus sistemas de saúde: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema, cujas responsabilidades municipais estão descritas no Quadro 3. Com relação aos estados, ficam definidas, também, duas modalidades de gestão: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. A diferença entre as duas condições de gestão diz respeito ao grau de responsabilidades assumidas pelo gestor.

Quanto à vigilância sanitária, surgem novas perspectivas para a gestão descentralizada. No que se refere ao papel de gestor federal, é prevista a necessidade de reorientação e implementação da área, destacando-se os seguintes pontos:

- Implementar sistemas de vigilância sanitária e redimensionar as atividades relacionadas à vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras.
- Implementar sistemas de informação sobre a produção de serviços e insumos críticos.
- Implementar sistemas de rede de laboratórios de referência para o controle de qualidade e para vigilância sanitária.

Quadro 3 - Responsabilidades municipais de acordo com a condição de gestão na NOB-SUS 01/96

R E S P O N S A B A B I L I D A D E S	Tipos de gestão municipal	
	Gestão Plena de Atenção Básica	Gestão Plena do Sistema
	• Elaboração de programação municipal dos serviços básicos de saúde, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar. • Gerência de unidades ambulatoriais próprias, ou do estado e União. • Realização de procedimentos relacionados cobertos pelo Piso da Atenção Básica (PAB). • Desenvolvimento das ações de controle e avaliação e pagamento aos prestadores de serviços contidos no PAB, incluindo autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados realizados no município. • Operação dos Sistemas Nacionais de Informação (SIA/SUS, Sinan, Sinasc etc.). • Execução de ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica.	• Idem às descritas para Gestão Plena de Atenção Básica. • Garantia de prestação de serviço em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes, no caso da referência interna ou externa ao município, aos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI. • Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência municipal. • Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo Teto Financeiro Global do Município (TFGM). • Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade. • Execução de ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária. • Execução de ações de epidemiologia e controle de doenças e de outras ocorrências morbidas.

A exemplo da norma anterior, a NOB-SUS 01/96 engloba de modo frágil a área de Visa entre as responsabilidades das diferentes condições de gestão, embora inove ao propor mecanismos de financiamento para o custeio dessas ações.

Quadro 4 - NOB-SUS 01/96 - Responsabilidades e requisitos da área de vigilância sanitária

Condição de gestão	Estados	
	Responsabilidades	Requisitos
Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual	• Gerência das unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para Visa. • Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta de medicamentos e insumos especiais. • Cooperação técnica e financeira com o conjunto dos municípios, na consolidação do processo de descentralização e na organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de Visa. • Coordenação e execução das atividades de Visa, conforme previsto na Lei n. 8080/90. • Execução do Programa Desconcentrado de Ações de Visa (PDAVS).*	Comprovar o funcionamento do serviço de Visa no estado, organizado segundo a legislação e a capacidade de desenvolvimento de ações de Visa.
Condição de gestão	Municípios	
	Responsabilidades	Requisitos
Gestão Plena de Atenção Básica	Execução das ações básicas de Visa incluídas no Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).	Comprovar a capacidade de desenvolvimentos das ações de Visa.
Gestão Plena do Sistema Municipal	Execução das ações básicas, de média e alta complexidade, em Visa, bem como as ações do PDAVS,* opcionalmente.	Comprovar o funcionamento do serviço estruturado de Visa e a capacidade para o desenvolvimento das ações de Visa.

* Não implementado.

Fonte: adaptado de Lucchese, 2000.



É isso mesmo!

Com a NOB 96, descentraliza-se a execução de ações de Visa para os municípios e atribui-se aos estados responsabilidades de caráter predominantemente regulador.

Em tese, cabe ao estado a execução de ações de Visa de baixa, média e/ou alta complexidade, apenas quando o município não está habilitado a executá-las, de acordo com as condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96. Na prática, executar ações de vigilância sanitária de alta complexidade requer capacidade técnica e recursos humanos especializados, que muitos municípios de médio e de pequeno porte não têm condições, pelo menos, por enquanto, de manter.

Pode-se afirmar que a NOB-SUS 01/96 avança, quando comparada com a norma operacional anterior, ao abordar a vigilância sanitária e incluí-la entre as atividades da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), nos governos federal, estaduais e municipais. Contudo, ao não diferenciar o conjunto de atividades e procedimentos de Visa correspondentes às ações de baixa, média e de alta

complexidade, a NOB-SUS 01/96 não viabiliza a operacionalização imediata das responsabilidades específicas detalhadas para cada tipo de gestão. A portaria SAS/MS n. 18, de 21/01/91, traz esse detalhamento. Contudo, ela vem sendo sistematicamente questionada.

A proposta para a construção de um novo modelo de atenção à saúde

Você deve lembrar que o Sistema Único de Saúde tem como uma de suas intenções consolidar um novo modelo de atenção à saúde. Esse novo modelo deve resultar da ampliação do atual enfoque, buscando de fato alcançar a integralidade da atenção.

Há uma grande aceitação, por parte dos técnicos e dos gestores da saúde, quanto aos Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). O argumento é que, ao priorizar esses programas, a NOB-SUS 01/96 busca reorientar o modelo assistencial vigente, enfatizando a valorização da qualidade de vida das pessoas e o meio ambiente. Assim, pretende contribuir para propiciar condições indispensáveis à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Financiamento

A principal novidade no **financiamento** das ações em saúde na NOB-SUS 01/96 é a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB).

O PAB fixo consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional (R\$ 10,00) pela população de cada município, e é transferido regular e automaticamente ao Fundo Municipal de Saúde. O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor *per capita* nacional único, são propostos pela CIT e votados pelo Conselho Nacional de Saúde.

Além desse valor *per capita* descrito, tem-se ainda uma segunda fração do PAB, chamado Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável). Esse recurso é liberado pelo ministério de acordo com a adesão dos municípios a programas considerados estratégicos. São eles: Programa Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa de Combate às Carências Nutricionais; Assistência Farmacêutica Básica; Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

No que se refere ao financiamento das ações de vigilância sanitária, a NOB-SUS 01/96 estabelece, no contexto da gestão descentralizada do sistema, duas modalidades de custeio: a transferência regular e automática de recursos, 'fundo a fundo', e a remuneração dos serviços produzidos, que, somados, configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS).



Atenção

A principal estratégia apresentada pela NOB/96 para modificar o modelo de atenção à saúde tradicional é o Programa Saúde da Família. Além disso, ela define incentivos, principalmente financeiros, para as áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.



Pense

Na sua opinião, é possível alguma integração entre esses programas e o seu serviço de vigilância sanitária? Em caso afirmativo, como e qual?

Financiamento

Veja como se deu o financiamento das ações e a descentralização das ações no texto 'A gestão da vigilância sanitária', neste livro.



Você sabia...

- que com a NOB/96 foi criado um piso básico de Visa?

Você sabe...

- qual é o valor repassado para estados e municípios?
- em que tem sido investido esse recurso?



Atenção

A Noas-SUS 01/02 lança um conjunto de estratégias que visam ao atendimento dos seguintes objetivos:

- Implementar a **regionalização da saúde** como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, visando a ampliar o acesso e a resolutividade e garantir maior equidade.
- Ampliar as responsabilidades dos municípios no que se refere à atenção básica.
- Criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão, bem como atualizar critérios para a habilitação de estados e municípios.

Foram previstas a operacionalização e a transferência regular e automática de recursos federais, 'fundo a fundo', por meio de dois instrumentos:

1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) - É um montante de recursos financeiros destinado ao custeio das ações básicas de Visa, calculado com base em um valor *per capita*, nacional, multiplicado pela população de cada município.

2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (Ivisa) - É a atribuição de valores adicionais, equivalentes a até 2% do teto financeiro do estado, a serem transferidos ao Fundo Estadual de Saúde como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população. Esses recursos poderiam ser transferidos pelos estados aos municípios, conforme definição da CIB. No entanto, ele não foi regulamentado e implementado.

Para a remuneração por serviços produzidos, são previstos dois outros instrumentos: o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), para pagamento direto às secretarias estaduais de Saúde (SES) e às secretarias municipais de Saúde (SMS) de serviços de competência exclusiva do governo federal; e a remuneração de ações de média e alta complexidade em Visa, que consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade, de competência estadual e municipal.



Pense um pouco...

Essa lógica de financiamento das ações de Visa é pertinente e garante recursos suficientes para a implementação de ações e serviços descentralizados e de qualidade?

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 01/2002)

Após a leitura do processo de implementação do SUS e a verificação da importância das normas operacionais como instrumentos para o fortalecimento do processo de descentralização, você deve ter identificado alguns avanços e dificuldades na organização do sistema de saúde brasileiro.

Entre as dificuldades, inclui-se a fragilidade das instâncias estaduais na gestão do SUS, decorrente da forma como se deu a descentralização da saúde no Brasil, polarizada entre o Ministério da Saúde, detentor dos recursos, e os municípios, definidos como *locus* privilegiado para a implementação do SUS. Além disso, o desenvolvimento do

Pesquisa

Pesquise a respeito do valor mensal do piso básico de vigilância sanitária (pbvs) do seu município no *site* www.saude.gov.br/datasus

processo de descentralização tornou visíveis as dificuldades para se organizar a assistência à saúde no nível supramunicipal, ou seja, as dificuldades para garantir acesso e resolatividade, para toda a população, em todos níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade).

Portanto, com vistas a atender aos objetivos de fortalecer as instâncias estaduais e dar continuidade ao processo de descentralização, após discussão e levantamento das dificuldades apontadas pelas três esferas de governo foi publicada mais uma norma operacional pelo Ministério da Saúde: a Noas-SUS 01/02.

Por que regionalizar?

A organização da rede de serviços de saúde não se dá somente no âmbito do território municipal. O perfil populacional e de gestão do sistema de saúde dos municípios e estados brasileiros traz à tona distintas realidades no que se refere à capacidade de financiamento, de regulação e de oferta de ações e serviços. Segundo levantamento apresentado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, de 2001, 24,7% dos municípios brasileiros têm menos de cinco mil habitantes, enquanto 78,9% possuem até 25.000 habitantes.



Pense um pouco...

Como garantir à população de determinado estado o acesso universal aos diferentes níveis de complexidade? Como garantir a essa população o atendimento de suas diversas necessidades de saúde caso não haja oferta de todas as complexidades em seu município?

Não há por que todos os municípios brasileiros possuam, em seu território, a totalidade dos serviços que se fazem necessários, até mesmo porque não haveria viabilidade econômica e administrativa para tal. Portanto, o que é posto como desafio para a garantia de acesso da população a todos os níveis de complexidade do sistema é a organização da assistência, no âmbito microrregional/regional, que dê conta da integralidade da oferta de ações de saúde.

A organização do sistema no âmbito regional não poderá abrir mão de um planejamento integrado, em que estado e municípios, de acordo com o levantamento das necessidades de saúde e da oferta de serviços existentes, definam as prioridades para reorganização do sistema de saúde. Todo esse processo necessita da criação de novos mecanismos de articulação entre os municípios e entre estes e o estado ao qual estão vinculados territorialmente.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o principal instrumento para a reorganização da assistência à saúde. Esse plano deve ser elaborado sob a coordenação estadual, com a participação dos municípios, e levando em conta alguns conceitos-chave definidos pela Noas.

Quadro 5 - Conceitos-chave para a reorganização da assistência à saúde

Região/microrregião de saúde	A 'base territorial de planejamento da atenção à saúde'. Deverá ser organizada e delimitada de acordo com os perfis de morbidade, mortalidade, demográfico, socioeconômico, de oferta existente etc. Menor base do planejamento regionalizado.
Módulo assistencial	Pode corresponder a um único município dentro de uma microrregião/região de saúde e deve ofertar todo o elenco de ações e procedimentos dos anexos 1, 2 e 3A da Noas. Ou a mais de um município, caso haja um município-sede do módulo e os outros sejam a ele adscritos no módulo para realização de procedimentos do anexo 3A (primeiro nível da média complexidade).
Município-sede de módulo	Habilitado em GPABA (Gestão da Atenção Básica Ampliada) ou GPSM (Gestão Plena do Sistema Municipal). Com capacidade de ofertar para toda a sua população, ou para os municípios a ele adscritos, todo o elenco do primeiro nível da média complexidade.
Município-pólo	Habilitado em GPABA ou GPSM. Referência em todos os níveis de atenção para os municípios. Oferta ações de maior complexidade.
Unidade territorial de qualificação da assistência	Unidade territorial mínima de oferta de ações de complexidade acima da do módulo assistencial. Pode ser uma microrregião ou região de saúde.

O PDR terá a função de operacionalizar e reorganizar a assistência vigente, de hierarquizar a de acordo com prioridades definidas no Plano Estadual de Saúde (PES), bem como de elaborar um cenário futuro que preveja necessidade de investimentos (recursos financeiros e humanos) aos municípios por meio do Plano Diretor de Investimentos (PDI).

O PDI deverá estar pautado na proposta de regionalização prevista no PDR e atender às prioridades constantes do PES. Para tanto, deverão ser previstos investimentos nos âmbitos municipal e microrregional/regional de saúde, financiados pelas três esferas de governo, que visem a preencher lacunas na assistência vigente e a promover acesso universal da população, o mais próximo possível de sua residência.

Pesquisa

Para responder essas perguntas, em relação ao estado do Rio de Janeiro, e compreender melhor o processo de regionalização, acesse o *site*:

<www.saude.rj.gov.br>.

Depois, entre nos *links* abaixo, sucessivamente:

- informe ao gestor;
- regionalização;
- plano diretor de regionalização.



Pense um pouco...

Você conhece a situação do seu município no plano diretor de regionalização do seu estado? Ele é sede de módulo? É pólo? Está adscrito a outro município? Referencia pacientes para outros municípios? Em caso afirmativo, para quais serviços são referenciados?

Seu município é referência para outros? Em caso afirmativo, para quais serviços seu município é referência?

Programação da assistência

Outro importante instrumento para a organização da assistência no âmbito regional e estadual é a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), conforme visto nas discussões sobre a NOB-SUS 01/96.

A Noas-SUS 01/02 reforça ainda mais a função desse instrumento. Assim, fica sob responsabilidade do gestor estadual coordenar e elaborar, em conjunto com os gestores municipais, o processo de programação da assistência, de forma a imprimir mecanismos de pactuação entre os gestores municipais, definindo fluxos e encaminhamentos de pacientes de um município a outro, caso não haja disponibilidade e viabilidade econômica de existência do serviço no município de origem do usuário.

Vale a pena destacar que, além da PPI, a Noas traz outros mecanismos que visam à ampliação da capacidade de gestão de estados e municípios. Um dos mais importantes mecanismos diz respeito ao fortalecimento das ações de controle, acompanhamento, regulação e auditoria como forma de garantir o cumprimento dos pactos e fluxos definidos, sob pena de 'desabilitação' e transferência da gestão da rede para o estado ou para o nível federal.

Ampliação das ações de atenção básica

A Noas 01/02 determina que ações de baixa complexidade, tais como imunização e atendimento de profissional de nível médio e superior em unidades básicas de saúde, bem como a oferta de determinados exames de menor custo e complexidade tecnológica, deverão ser garantidas em todos os municípios do país e o mais próximo possível da residência da comunidade beneficiada. Surgem, assim, desafios aos municípios.

Alguns procedimentos que anteriormente eram considerados como de média complexidade, que poderiam não ser ofertados no município de origem, passam a ser considerados de atenção básica, devendo, portanto, ser ofertados em todos os municípios, independentemente do seu porte populacional. Além disso, a Noas define sete áreas de atuação estratégica da Atenção Básica: Controle da tuberculose; Eliminação da hanseníase; Controle da hipertensão; Controle do *diabetes mellitus*; Saúde da criança; Saúde da mulher e Saúde bucal.

Com base nesses dados, você poderá perceber que um dos objetivos da Noas-SUS 01/02 é a organização do sistema de saúde de forma ascendente, ou seja, a partir da oferta nos municípios de um elenco mínimo de ações e serviços, vai-se delineando a oferta microrregional/regional em todos os níveis de complexidade.



Atenção

Para garantir a realização desses procedimentos no âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde ampliou o valor relativo ao piso da atenção básica para R\$ 10,50/ hab/ano.

Condições de gestão previstas na Noas

Habilitação de municípios

Os anexos 1, 2 e 3A estão disponíveis no final deste texto.

Há duas condições de gestão previstas, nas quais os municípios podem se habilitar: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Para cada condição de gestão há um conjunto de prerrogativas, responsabilidades, requisitos e instrumentos de comprovação que deverão ser cumpridos pelos municípios que desejarem se adequar à norma. O referido conjunto poderá ser visualizado nos **anexos 1, 2 e 3A** da Noas.

Como foram ampliadas as responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica, mudou-se a denominação da condição de gestão para Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA).

Então, para que o município possa se habilitar nessa condição de gestão, ele deverá, entre outros requisitos, comprovar capacidade de oferta, com qualidade e em quantidade suficiente, para toda a sua população nesse rol de ações e serviços. Além disso, deverá atender ao Pacto da Atenção Básica, celebrado com o estado, obter desempenho satisfatório neste pacto, o qual estabelece metas para que os municípios cumpram requisitos mínimos de cobertura assistencial, bem como comprovar capacidade de avaliar, regular, controlar, auditar e gerir toda a rede básica de serviços de saúde do SUS no seu território. Deve também comprovar capacidade para executar as estratégias mínimas, anteriormente citadas.

Quanto aos requisitos para habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), acrescentam-se às responsabilidades e prerrogativas anteriormente citadas (acrescidas das constantes do Capítulo 3 da Noas):

- Capacidade de ofertar ações de média complexidade (consideradas do primeiro nível da média complexidade da Tabela SIA-SUS e da média complexidade da Tabela SIH-SUS) com qualidade e em quantidade suficientes para toda a sua população; deverá ofertar também leitos nas clínicas básicas: obstetrícia, clínica médica e pediatria.
- Termo de compromisso de garantia de acesso (com vistas ao acordo formal de cumprimento da PPI da Assistência) celebrado entre estado e município, bem como entre municípios, caso um determinado município tenha possibilidade de ofertar procedimentos a outros.
- Gestão de toda a rede municipal e comando sobre os prestadores do SUS, incluindo as responsabilidades mínimas de oferta na rede básica de saúde e na área hospitalar.

No anexo 3A da Noas você poderá ver os procedimentos mínimos exigidos para habilitação dos municípios em GPSM, além, é claro, dos procedimentos exigidos para habilitação em GPABA. Além disso, no capítulo 3 estão disponibilizados todos os requisitos a serem cumpridos para habilitação de municípios e estados. Dê uma olhada!

- Execução de ações de maior complexidade nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica.
- Comando único (capacidade de ser gestor) de toda a rede de serviços do SUS em seu município.

A Noas-SUS 01/02 propõe, para sistematização do processo de habilitação dos municípios, os seguintes requisitos relativos à Visa:

Anexo I

Sistematização do processo de habilitação de municípios à condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – Noas-SUS 01/2002

Requisito	Meio de comprovação
Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da Anvisa.	Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.

Anexo II

Sistematização do processo de adequação de municípios habilitados em GPSM nos termos da NOB-SUS 01/96 pleiteantes à condição de Gestão Plena do Sistema – Noas-SUS 01/2002

Requisito	Meio de comprovação
Vigilância sanitária.	O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento de vigilância sanitária, capaz de desenvolver ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Anvisa.

Anexo III

Sistematização do processo de habilitação de municípios à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal - Noas-SUS 01/2002

Requisito

Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Anvisa.

Meios de comprovação

Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.

Para o processo de avaliação da capacidade dos municípios para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro estabeleceu os seguintes parâmetros:

Critérios de avaliação da Visa municipal para habilitação à Noas 01/2002

Municípios que pleitearem a habilitação em GPSM

- Atender às resoluções SES 562 / 90 e 1262 / 98.

Municípios que pleitearem a habilitação em Gestão PABA

- Atender à Resolução SES 562 / 90.

Para constatar a capacidade municipal para desenvolver ações de Visa e colaborar com o nível local no processo de organização para habilitação à Noas, o CVS encaminhou aos municípios uma equipe multiprofissional com responsabilidade de avaliar a Visa municipal, aplicando questionário padrão específico e priorizando a observação dos seguintes itens:

- Visa legalmente estruturada (organograma publicado).
- Área física adequada (suficiente para o exercício da atividade de Visa).
- Equipamentos, material permanente e de consumo (suficiente para o exercício da atividade de Visa).
- Local apropriado para arquivamento de processos (referentes a concessão, cassação e revalidação de licença de funcionamento, BOF, habite-se etc.).
- Código Sanitário Municipal (de acordo com a legislação vigente e adequado à realidade local).
- Equipe técnica multiprofissional (composição da equipe compatível com o tipo de gestão pleiteada e com o quantitativo de estabelecimentos no município sujeitos à Visa).
- Cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa (levantamento e identificação dos estabelecimentos existentes no município).
- Conjunto de termos (os formulários são os descritos no artigo 14 da Resolução SES 562/90 e no inciso III do art. 3º da Resolução SES 1262/98) e sua aplicação.
- Roteiros de inspeção (compatíveis com as ações previstas nas resoluções SES 562/90 e 1262/98) e sua aplicação.
- Elaboração de relatórios de inspeção.



Pense um pouco...

Você percebeu que a Noas-SUS 01/02 inclui a estruturação e bom funcionamento das Visas municipais como um dos requisitos para a habilitação de municípios? No seu estado houve esse processo de avaliação municipal? Quais os parâmetros utilizados?

Habilitação de estados

Os estados podem se habilitar em duas condições de gestão: Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Gestão Plena do Sistema Estadual.

Conforme dito anteriormente, não somente os municípios são alvo de habilitação e/ou 'desabilitação' na Noas. Os estados também têm que cumprir requisitos, tais como:

- Comprovar cumprimento de **percentual mínimo de aplicação de recursos próprios com saúde** estabelecida pela Emenda Constitucional 29 (EC 29).
- Gerir unidades públicas de referência regional/estadual.
- Criar normalizações complementares às do Ministério da Saúde.
- Cooperar técnica e financeiramente com os municípios.
- Executar as atividades que cabem a municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão ou aquelas referentes a municípios habilitados somente em GPABA e que não gerem todos os níveis de complexidade do sistema de seu município, bem como o comando sobre os prestadores.

Para habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual, seriam acrescentados a esses os seguintes requisitos: cadastro; contratação; controle; avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores sob gestão estadual; e dispor de, no mínimo, 50% de seu teto financeiro transferidos automaticamente aos municípios.

Percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios com saúde: 12% para estados e 15% para municípios, a serem atingidos até 2004.

Quadro 6 – Portarias do MS que atualizam a Noas 2002 - abril de 2003

PT n. 384/GM, de 04 de abril de 2003	Altera o Capítulo III – Critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados.
PT n. 385/GM, de 04 de abril de 2003	Altera o Capítulo V – Regulamentação complementar no que se refere à Instrução Normativa (IN) 01/2002.
PT n. 392/GM, de 04 de abril de 2003	Atualiza os valores do PAB Fixo e do PABA, com efeitos a partir de 1 de abril de 2003, para o PAB Fixo, sendo que, para o PABA, só a partir da habilitação.
PT n. 396/GM, de 04 de abril de 2003	Atualiza os valores dos incentivos financeiros ao custeio do PSF, do PACS e às ações de saúde bucal, com efeitos a partir de abril de 2003, por intermédio de atualização da base populacional (segundo resolução da Fundação IBGE – publicada no <i>Diário Oficial da União</i> em 30 de agosto de 2002).
PT n. 397/GM, de 04 de abril de 2003	Redefine critérios de avaliação para habilitação dos municípios em GPABA e GPSM, segundo os seguintes componentes: Componente I – realização do Pacto da Atenção Básica. Componente II – alimentação regular dos Sistemas de Informação em Saúde. Componente III – existência dos seguintes itens: - Unidade básica de saúde; - Sala de imunização; - Equipo odontológico; - Aparelho de ECG; - Posto de coleta de material para exames laboratoriais; - Médico; - Enfermeiro; - Cirurgião-dentista. [ver parágrafos 2 e 4 do artigo 4]
PT n. 398/GM, de 04 de abril de 2003	Fixa em R\$ 12,00/hab/ano o valor (teto) do PABA; acrescenta procedimentos de imunização (Grupo 1 do SIA-SUS) e, principalmente, de odontologia (Grupo 3 do SIA-SUS) ao elenco do Anexo2 da Noas 2002.

Como você pôde perceber, a Noas traz novos critérios para habilitação de estados e municípios e engendra novos desafios para a gestão estadual no processo de condução da regionalização.

Diversos municípios e estados do país têm, ainda, pouca capacidade de oferta e gestão do sistema em seu território. Ainda que na década de 90 o processo de descentralização tenha obtido avanços, a organização ascendente do sistema de forma a garantir o acesso universal e equânime necessita de aprimoramento e condução eficaz das instâncias subnacionais de governo (estados e municípios).

Os municípios terão algumas responsabilidades aumentadas e deverão compor com as políticas estadual e nacional de saúde, pois só assim teremos a efetiva implementação de um sistema único co-financiado pelas três esferas e adequado ao perfil de necessidades de saúde da população brasileira.

Bibliografia

- ALMEIDA, C. M. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?*, 1995. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BRASIL. Congresso Nacional. Constituição Federal. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203/GM. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373/GM. Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva* (6)2:435-444, 2001.
- COHEN, M. M. Estratégias para avaliação das ações descentralizadas de vigilância sanitária. SES-RJ/CVS/NPDI, 2002. (Mimeo.)
- FAVARET, P. & OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 3, 1990.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291, 2001.
- LUCCHESI, P. T. R. A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- NORONHA, J. C. de & LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (Orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1984.
- NORONHA, J. C. de & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):445-450, 2001.
- Portaria n. 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997.
- Portaria n. 2.283, de 10 de março de 1998.
- Portaria n. 2.565, de 4 de março de 1998.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 562/90.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 1.262/98.
- SOUTO, A. C. *Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil*, 1996. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Organização e Gestão: o que compreender para o trabalho da vigilância sanitária

Marismary Horsth De Seta
Sheyla Maria Lemos Lima



Para início de conversa...

Há muito tempo se diz que vivemos em uma sociedade de organizações (Etzioni, 1984). Para nascer, para viver, e mesmo para morrer, delas necessitamos. Mas, não é muito fácil definir o que é uma organização. Quando solicitamos a alguém que o faça, geralmente ele recorre aos elementos que compõem as organizações ou aos que interferem no seu funcionamento:

- trabalho (objetivos);
- pessoas;
- estrutura organizacional e organograma;
- recursos materiais e financeiros;
- tecnologia/processo de transformação;
- poder;
- ambiente.

Neste texto abordaremos os elementos listados ao lado e, também, de forma sucinta, um outro: a cultura organizacional.

Porém, recorrer à enumeração desses elementos não é suficiente para que possamos definir o que é uma organização, visto que, no mundo real, pode ocorrer que:

- as pessoas sejam muito competitivas e não colaborem; criem tantos conflitos que os objetivos não sejam alcançados, ou seja, o trabalho não é realizado ou é mal realizado;
- as pessoas estejam insatisfeitas: com a remuneração recebida, com as condições físicas de trabalho, por não se sentirem valorizadas, por não estarem aprendendo nada de novo etc.;

- a estrutura organizacional não seja adequada por não considerar a natureza e a especificidade do trabalho realizado;
- os recursos materiais e financeiros sejam tão insuficientes que isto dificulte ou impossibilite alcançar os objetivos;
- o ambiente no qual a organização se insere seja tão instável e complexo, devido a fatores políticos, econômicos, tecnológicos, que traga importantes incertezas para a organização.

Com a discussão sobre os elementos que compõem e/ou interferem no funcionamento das organizações, esperamos que você possa responder às seguintes questões:

- O que queremos dizer com a palavra 'organização'?
- O que as organizações têm em comum e, também, de diferente?
- Quais são os modos encontrados para explicá-las, ou o que são as chamadas abordagens ou teorias organizacionais?

Compreender o que são as organizações, e em especial, aquelas sobre as quais a vigilância sanitária atua ou virá a atuar, pode nos ajudar no processo de tentar modificá-las. Afinal, só podemos interferir de forma eficaz quando compreendemos a lógica segundo a qual as coisas funcionam. Essa compreensão servirá tanto para pensar nossos serviços de vigilância sanitária (o que faremos no Exercício da Unidade) quanto para entendermos as diferentes respostas às ações da vigilância sanitária nos estabelecimentos de comércio, produtores de bens e prestadores de serviços de saúde a ela sujeitos.

Compreender as organizações importa também para a sua **gestão**. Ou, dito de outra forma, falar em organizações implica, mesmo indiretamente, falar na sua gestão. É que as teorias ou abordagens administrativas, de forma mais ou menos explícita, ao explicarem o funcionamento das organizações estão 'prescrevendo' ou nos induzindo a pensar em formas de gerenciá-las.

Gestão: na literatura administrativa, é sinônimo de gerência e administração (Motta, 1991). Refere-se à capacidade ou competência de decidir e de agir para obter resultados por meio do trabalho de outros, que estão sob sua coordenação. Para Motta (1991:26), gerência representa a “arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm que ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante”. Após a NOB 96, no campo da saúde passou-se a distinguir gestão de gerência e administração.

As dimensões da gestão

Podemos dizer que qualquer que seja a forma adotada para gerenciá-la, os dirigentes de uma organização precisam reunir um conjunto de conhecimentos, habilidades, técnicas e métodos para lidar com alguns dos elementos componentes/condicionantes das organizações – objetivos, pessoas, poder, estrutura e ambiente. Esse lidar se expressa em duas dimensões articuladas e inseparáveis:

Dimensão mais objetiva e formal	Conhecimentos, técnicas e instrumentos de planejamento, de programação, de avaliação etc.
Dimensão mais subjetiva e não-formal	Aspectos relacionados à liderança, comunicação, negociação etc.

É importante que os dirigentes tenham essas dimensões sempre em mente, porque se eles descuidam de uma delas, ou da necessária articulação de ambas, podem provocar um impacto negativo no desempenho da organização. Retomaremos essas idéias mais adiante.

O conceito de organização

O termo 'organização' tem dois significados.

- O primeiro refere-se à ação de organizar, colocar em ordem, ordenar.
- O segundo refere-se a um tipo de arranjo que é construído social e intencionalmente para alcançar alguns objetivos.

É deste segundo significado que estamos falando. Podemos dizer que quando há um trabalho a ser realizado, um objetivo a ser alcançado, uma certa divisão de trabalho, uma necessidade de coordenação desse trabalho e uma certa duração no tempo, temos uma organização, seja ela uma empresa privada ou organização pública. Ou, dito de outra forma, a organização é composta por um agrupamento de pessoas que têm um trabalho a realizar para alcançar objetivos, que são deliberada e socialmente definidos. Para tanto, ocorre uma combinação de recursos (materiais, financeiros) num dado processo de trabalho, transformando-os em bens ou serviços para sua clientela.

Uma padaria é uma organização.

Uma fábrica de medicamentos é uma organização.

Um hospital é uma organização.

Todas essas organizações têm em comum os seguintes fatos:

- Produzem algo: pães; medicamentos; internações ou saídas (altas melhoradas, curadas ou óbitos) etc.
- Mobilizam recursos (humanos, materiais, financeiros, conhecimento etc.) e os combinam em um ou em vários processos de trabalho.
- Respondem a uma necessidade apresentada pela sociedade, justificando assim sua existência: fabricar o alimento, gerar empregos, diminuir o sofrimento e recuperar a saúde.
- Não pretendem se autodissolver, ou seja, deixar de existir, a não ser em casos excepcionais.

Apesar desses pontos em comum, podemos notar que existe uma diferenciação importante nas organizações que compõem o quadro anterior em relação a seu produto final (e quanto ao processo utilizado para obtê-lo):

- A padaria e a fábrica de medicamentos produzem bens para o consumo: pães e medicamentos.
- O hospital produz serviços, ou seja, presta serviços.

Essa diferenciação é tão importante, que as organizações podem ser classificadas como organizações que produzem serviços e organizações que produzem bens manufaturados ou industrializados. Observemos o quadro:

Quadro 1 - Principais diferenças entre organizações de prestadoras de serviços e produtoras de bens		
Características do processo de trabalho e dos produtos finais	Tipo de organização	
	Prestadora de serviços	Produtora de bens
Interação entre produção e consumo	Serviços são consumidos simultaneamente à sua produção.	Produtos podem ser estocados para posterior consumo.
Participação do consumidor no processo de produção	Consumidor 'participa' do processo de produção; o consumidor interage com o prestador.	Consumidor 'não participa' do processo de produção.
Grau de padronização do produto final	Mais 'customizados', ou seja, adaptados às necessidades do consumidor.	Mais padronizados.
Tangibilidade do produto final (existência física)	Serviços são abstratos, intangíveis, impalpáveis.	Bens são concretos, palpáveis.
Recurso crítico	Recursos humanos.	Equipamentos.

Adaptação do quadro de DAFT, 1992:124.

É claro que esse quadro tem uma função didática, facilita o entendimento e sistematiza algumas características mediante a apresentação de situações polares. Mas, nenhum quadro-resumo pode conter a realidade, que é sempre bem mais complexa. Além de ser possível a existência de exceções, é necessário relativizar essas características: existem organizações que se enquadram numa situação intermediária entre os dois pólos, pois produzem serviços e bens. Mas,

- um hospital, uma escola e uma empresa de consultoria são organizações que se caracterizam mais como prestadoras de serviço;
- uma fábrica de automóveis, uma fábrica de medicamentos, uma fábrica de processamento de alimentos são organizações que se caracterizam mais como produtoras de bens.



Para pensar

- Essa diferenciação entre organizações prestadoras de serviço e produtoras de bens serve para quê?

Essas diferenças importam para a gestão e para a **avaliação da qualidade**. Por enquanto, diremos apenas que é mais difícil avaliar e melhorar a qualidade na organização prestadora de serviços do que na produtora de bens. Isso se deve, em grande parte:

- Ao fato de os serviços serem produzidos e consumidos simultaneamente. Então, a qualidade dos serviços é mais facilmente avaliada pelos gerentes após (o mais freqüente) ou durante o serviço prestado (o menos freqüente). Se o serviço prestado for um atendimento em agência bancária convencional, não é complicado fazer essa avaliação durante o processo, mas, se for uma consulta, principalmente dependendo da especialidade, pode não ser tão simples... Conseqüentemente, na maioria dos casos a implementação dos ajustes necessários para melhorar a qualidade é feita para reduzir os erros em uma futura prestação de serviço.
- Ao fato de o serviço ofertado tender a ser mais adaptado às necessidades do consumidor do que o bem produzido, visto este ser, geralmente, muito mais padronizado do que o serviço. Exemplo: por mais que possamos escolher a cor, o estofamento e os acessórios de um carro, a marca já representa uma padronização (a padronização aqui significa o estabelecimento de padrões que facilitam a comparação, digamos, entre uma Kombi e um Pajero).
- Ao fato de o serviço prestado não ser algo palpável, enquanto que o produto é concreto. O trabalho de prestação de serviços se expressa no repasse ou na

A **avaliação da qualidade** em saúde será abordada em outro texto.

Ao contrário: a estocagem do produto possibilita uma avaliação da sua qualidade antes do consumo, por exemplo, pela análise da sua conformidade a padrões preestabelecidos. É o caso das análises laboratoriais de alimentos e medicamentos.

Ao contrário: o produto é a própria expressão do trabalho realizado – você pode tocá-lo, cheirá-lo etc. O fato de ser palpável, concreto, propicia que haja uma especificação – descrição detalhada das suas características.

aplicação de conhecimentos e informações do prestador para o cliente. Como medir objetivamente essa qualidade? O produto, por sua vez, pelo fato de ser concreto, pode ser especificado. Essa especificação facilita a padronização e a avaliação gerencial por meio da comparação com os padrões, como já comentado no item anterior.



Exemplo

Uma paciente apresenta bacteriúria (bactérias na urina em quantidade importante – mais de cem mil colônias), sem nenhum dos sintomas que, geralmente, acompanham a infecção urinária: dor ao urinar, urinar repetidas vezes e em pouca quantidade, febre, mal-estar etc. Há trabalhos científicos que recomendam o tratamento com antibióticos mesmo sem sintomas; há outros que recomendam não tratar, a não ser que apareça algum sintoma.



Para pensar, utilizando o exemplo anterior

- Como, então, padronizar o tratamento pensando na qualidade ou na melhor abordagem técnica (a mais indicada e comprovada cientificamente)?
- Se houver um sintoma, tudo bem: trata-se. Se não houver, o que fazer com a paciente?
- O que é um atendimento de qualidade do ponto de vista médico e também gerencial?

As dimensões da organização

Em parte, a organização formal pode ser encontrada nos chamados **instrumentos de organização da organização**, quais sejam, o regimento ou o estatuto, o organograma, o plano de cargos, salários e carreiras, os manuais, as rotinas.

Vimos no início deste texto que, qualquer que seja a forma adotada para gerenciar, os dirigentes precisam articular duas dimensões: uma mais formal e objetiva (conhecimentos, técnicas e instrumentos de planejamento etc.) com outra mais subjetiva e não-formal (liderança, comunicação, negociação; enfim, aspectos mais relacionais, ou seja, que dizem respeito às relações que se estabelecem entre pessoas na organização).

De modo semelhante, podemos dizer que nas organizações coexistem duas dimensões, uma formal e outra informal, que são também indissociáveis. Da seguinte forma:

1. A dimensão formal ou 'organização formal' expressa a forma como o trabalho 'deve' ser realizado, ou o 'conjunto de regras e normas' que definem as tarefas e as responsabilidades, na tentativa de tornar previsíveis o comportamento da organização e das pessoas.

2. A dimensão informal ou 'organização informal' expressa o modo como 'de fato' o trabalho se realiza, ou o 'conjunto de interações' que são estabelecidas espontaneamente entre as pessoas no decorrer do trabalho. Ou seja, como nem sempre acontece exatamente o previsto, novas formas de trabalhar podem ser criadas.

Todas as organizações possuem estas duas dimensões: a formal e a informal. Entretanto, em algumas organizações os aspectos formais são mais valorizados (dizemos que elas são mais formais ou que nelas os comportamentos são mais formalizados – dá-se mais valor à hierarquia, às rotinas, às comunicações por escrito etc.). Em outras, menos formais, a hierarquia e as comunicações escritas, por exemplo, são menos valorizadas.

Essas duas dimensões nunca são completamente idênticas e harmônicas, nem completamente caóticas e díspares....Na realidade, elas se inter-relacionam e convivem numa tensão permanente.

A organização informal se expressa no emaranhado de relações que ocorrem na organização, seguindo os mais diversos fluxos de informação e comunicação, e não necessariamente segue a hierarquia.

Alguns elementos que compõem as organizações ou que interferem no seu funcionamento

Agora vamos abordar alguns elementos citados no início do texto que interferem no funcionamento da organização: os objetivos, as pessoas, a estrutura organizacional, a tecnologia, o poder, o ambiente e a cultura organizacional. Abordaremos cada um separadamente, mas, na realidade, esses elementos se inter-relacionam, de tal forma que ocorre um condicionamento mútuo (um depende do outro, condicionando-o e sendo por ele condicionado).

Os objetivos ou 'a definição do que produzir, em que quantidade, com qual qualidade, para qual clientela, em que tempo'

Toda organização é constituída para alcançar objetivos que respondem a uma demanda da sociedade. Os objetivos definem o trabalho a ser realizado na organização. Eles, também, delimitam as ações, os conhecimentos, métodos e técnicas a serem utilizados internamente, assim como as interações a serem estabelecidas com outras organizações no ambiente.

Vocês já devem ter lido ou ouvido falar em missão, fins, objetivos gerais, objetivos específicos, metas etc. Essas palavras são utilizadas com um sentido semelhante ao que estamos trabalhando para a definição de objetivos. Mas a literatura administrativa faz distinções entre essas palavras.

Em síntese, quando os objetivos estão definidos, sabemos o que produzir, em que quantidade, com qual qualidade, para qual clientela e em que tempo, considerando as demandas ambientais.

No exemplo, notamos que:

- A missão refere-se a uma definição mais genérica do que o hospital vai fazer, tendo em vista o seu papel na rede de serviços municipal e regional, na qual ele deve estar integrado com a rede de atenção básica.
- Os objetivos referem-se a ações mais específicas: internação nas clínicas básicas; em algumas subespecialidades (traumatismo-ortopedia, neurocirurgia e cirurgia vascular). Dizem respeito, também, ao ajuste do seu perfil assistencial para hospital eminentemente cirúrgico e de emergência.
- As metas quantificam as ações necessárias para se alcançar os objetivos.
- As definições da missão e dos objetivos falam em qualidade, mas não deixam claro o que se entende por qualidade e o que é esperado. Já nas metas, uma delas nos fala indiretamente da qualidade – taxa de infecção hospitalar, estabelecendo um padrão Y.

Essas distinções são:

- Os termos 'missão' e 'fins' estão associados a definições mais genéricas sobre o que a organização faz.
- Os objetivos são definições mais específicas e detalhadas.
- As metas representam a tradução dos objetivos em valores quantitativos.

Vejamos um exemplo relacionado a um hospital hipotético.

Missão: integrar o SUS como referência municipal e regional de atenção hospitalar – internação, ambulatório e emergência –, ofertando serviços de qualidade de forma integrada com a rede de atenção básica.

Objetivo: oferecer assistência em regime de internação nas clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia geral) e nas especialidades cirúrgicas de traumatismo-ortopedia, neurocirurgia e cirurgia vascular, tendo em vista o ajuste de seu perfil assistencial para um hospital eminentemente cirúrgico e de emergência, assegurando qualidade dos serviços.

Metas:

- Ampliar em 100% o número de leitos da UTI de adultos no ano X.
- Ampliar em 20% os leitos nas especialidades de traumatismo-ortopedia e neurocirurgia no ano X.
- Alcançar taxa de infecção hospitalar de Y (tendo em vista as especificidades da clientela atendida).

Quanto mais específicas forem as definições, possivelmente, mais discordâncias acontecerão entre os profissionais. Todos concordam que se deva prestar um atendimento de qualidade. Entretanto, ao se definir padrões do que seja um atendimento de qualidade, muitas divergências tendem a acontecer.



Para pensar

- Qual a importância de que os objetivos estejam definidos claramente na organização?

Se não sabemos o que uma organização deve fazer, qualquer coisa que faça (produtos e serviços) pode ser considerada como adequada. Mas, se compararmos o que é feito com o que devemos fazer (objetivos e metas), podemos proceder a uma avaliação do ponto de vista da gestão, que nos proporcione indicações de ajustes no(s) processo(s) de trabalho e/ou nos objetivos organizacionais. É claro que, para esses ajustes, precisaremos 'sempre' considerar as necessidades do ambiente, principalmente dos nossos usuários e das outras organizações.



Atenção

Os objetivos são definidos por pessoas ou grupos de dentro e de fora da organização. No ambiente, outras organizações ou pessoas, que têm algum tipo de poder sobre a organização em questão, irão participar do processo de definição de objetivos. Internamente, terão influência os profissionais que detêm algum tipo de poder na organização, seja ele advindo do cargo formal ou de outra fonte – por exemplo, o conhecimento.

Portanto, quanto maior o número de organizações que detiverem poder de influência sobre a nossa, e quanto mais houver distribuição de poder entre os profissionais de nossa organização, maior será a 'necessidade de negociação no processo de definição dos objetivos'. A organização, ou melhor, os seus dirigentes não definirão sozinhos os objetivos organizacionais. A negociação poderá servir, também, para assegurar o compromisso interno e externo com a implementação dos objetivos organizacionais.

As pessoas e as razões de sua motivação para o trabalho

Em qualquer organização as pessoas são elementos críticos, indispensáveis, visto que sem elas a organização não existe. Elas realizam o trabalho que é necessário para que a organização alcance seus objetivos. Mas, elas são diferentes entre si e motivam-se em relação ao trabalho por razões distintas. Essa motivação nem sempre é permanente e duradoura...

Para que as pessoas estejam motivadas no trabalho, ou para minimizar a insatisfação do profissional na organização, é preciso considerar as diferentes razões pelas quais as pessoas se motivam. A seguir, listamos algumas possíveis razões e o convidamos a pensar em outras não abordadas:

- Obter retribuição financeira.
- Adquirir novos conhecimentos e habilidades e se desenvolver profissionalmente.
- Ter novas oportunidades.
- Conhecer novas pessoas, estabelecer novos contatos pessoais e novas amizades.

As pessoas precisam estar motivadas para o trabalho. A motivação dos profissionais é um aspecto central para a gestão de qualquer organização. Mesmo considerando uma só pessoa ao longo do tempo, as razões que a motivam podem mudar.

- Ascender hierarquicamente na organização, ocupando cargos cada vez mais importantes.
- Enfrentar novos desafios.
- Desenvolver tarefas com mais autonomia e responsabilidade.
- Participar nas decisões da organização...

A estrutura organizacional, ou ‘como é dividido e coordenado o trabalho na organização’

Na prática, vocês sabem o que isso significa, e nós já vimos que toda organização tem um trabalho a ser desenvolvido. Todos fazem exatamente o mesmo trabalho?

Utilizemos como exemplo um trabalho de disciplina do curso de Vigilância Sanitária. O professor propõe um trabalho para um grupo que implica, entre outras tarefas, a leitura de alguns textos. Como vocês fazem? Em geral, dividem os textos e as demais tarefas entre os componentes do grupo; cada um faz sua parte e depois vocês fazem uma ou mais reuniões para juntar, sintetizar e elaborar o trabalho escrito. Às vezes, um ou dois fazem o trabalho e os demais assinam (mesmo neste caso houve uma **divisão do trabalho**. Ela pode ter sido perversa para um ou mais dos componentes do grupo, mas, de qualquer forma, houve uma divisão...).

Numa organização acontece o mesmo. Nem todos realizam o mesmo trabalho. Há, assim, uma divisão de trabalho entre os componentes da organização. Ao dividir, há uma separação do trabalho, e é necessário estabelecer pontos de contato ou de ligação entre as partes divididas/separadas. Ou seja, é preciso estabelecer **estratégias de coordenação** que possibilitem assegurar a integração do trabalho como um todo. Essa divisão ocorre no eixo vertical da organização e gera os níveis hierárquicos, e ocorre também no eixo horizontal, gerando os diferentes setores e serviços do mesmo nível hierárquico.

A reunião entre pessoas de uma equipe pode ser uma **estratégia de coordenação** do trabalho.

A ‘estrutura organizacional’ reflete o processo pelo qual, com base em determinados critérios, a ‘divisão do trabalho’ é realizada e os ‘mecanismos e estratégias de coordenação’ do trabalho são estabelecidos. Veremos mais adiante neste texto o que Mintzberg denomina como mecanismos de coordenação.



Para pensar

- Uma confusão muito freqüente ocorre entre estrutura organizacional e organograma. Qual a diferença?

O 'organograma' é a expressão gráfica da divisão vertical (níveis hierárquicos) e horizontal (diferentes setores, serviços etc.) do trabalho. Ele evidencia, também, um dos mecanismos de coordenação do trabalho: a hierarquia ou as relações hierárquicas, ou de subordinação, ou de mando, ou de poder advindo do cargo; ou seja, quem manda em quem. Há várias outras formas de coordenação de trabalho que serão apresentadas adiante (até agora já vimos duas: as reuniões e as relações hierárquicas).

A tecnologia, ou 'como fazer e com o que fazer o trabalho na organização'

É comum utilizarmos o termo 'tecnologia' quando queremos falar de equipamentos. Aqui vamos utilizar uma definição mais abrangente, que inclui os equipamentos, mas não se restringe a eles.

Uma das formas de definir tecnologia é como um conjunto de conhecimentos e habilidades, técnicas, métodos e ações que, num dado processo de trabalho, transformam os insumos (materiais, dinheiro, pessoas) em produtos e serviços organizacionais para determinados clientes internos ou externos à organização.

Toda organização tem um ou mais processos de trabalho relacionados aos seus produtos finais (que expressam seus objetivos), que lhe conferem especificidades:

- O processo de trabalho em saúde não é igual ao processo de trabalho numa montadora de automóveis.
- O processo de trabalho num hospital não é igual ao processo de trabalho numa fábrica de medicamentos.

Quando falamos nessas diferenças, estamos nos referindo ao processo de trabalho no qual o **produto final** é produzido, seja eles bens ou serviços prestados. Falamos, assim do processo de trabalho 'final' que, na verdade, é resultante da combinação de vários outros processos de trabalhos, em que **produtos intermediários** são produzidos.



Para pensar

- Quais são os produtos intermediários e finais dos processos de trabalho da vigilância?

Um hospital produz altas e atendimentos de emergência como **produtos finais**. Para obtê-los, é necessário combinar vários outros processos de trabalho e seus produtos: o da produção alimentar, que produz refeições; o da lavanderia, que produz roupa lavada; o do laboratório, que produz exames ou laudos; o do atendimento da internação, que produz o paciente diagnosticado e tratado etc. Cada um desses processos exige recursos humanos com qualificações distintas (conhecimentos e habilidades com diferentes complexidades), materiais e equipamentos específicos, técnicas e métodos diferenciados.

Os processos de trabalho "intermediários" são aqueles que geram os **produtos intermediários**. Utilizando o exemplo acima: refeições, quilos de roupa lavada, exames ou laudos etc. são alguns exemplos dos chamados produtos intermediários gerados.



Atenção

Alguns processos de trabalho que geram produtos intermediários podem ser semelhantes no hospital, na fábrica de medicamentos e na montadora de automóveis, como, por exemplo, o abastecimento de materiais.

Insumos	Processo de transformação	Produtos/serviços
RH \$ Materiais de consumo Pacientes Equipamentos Materiais permanentes	Exames Cirurgias Refeições Internação Roupa lavada Mecanismos de retroalimentação Ajustes	Pacientes diagnosticados e tratados

O poder, os interesses e os conflitos fazem parte da vida da organização

Ao falarmos em poder, estamos nos referindo às relações entre duas ou mais pessoas; ou seja, as pessoas têm ou não poder (sempre em relação a outras pessoas).

Em toda organização há vários tipos de poder, relacionados a várias fontes de poder. São fontes de poder:

- a ocupação de cargos formais na hierarquia;
- o controle do conhecimento;
- o controle da informação;
- o controle dos recursos financeiros;
- o controle das relações com outras organizações no ambiente;
- o controle do processo de decisão etc.

Em toda organização haverá uma certa distribuição de poder e pessoas que detêm mais poder do que outras, independentemente dos cargos da estrutura hierárquica. As pessoas acumulam (ganham) e desacumulam (perdem) poder na organização.

Portanto, não é apenas o poder formal, aquele relacionado com o cargo hierárquico que se ocupa, que existe na organização. Há outros poderes 'não-formais' que estão dispersos na organização (em algumas mais do que em outras), e há também o poder situado em pessoas/organizações do ambiente. Novamente, tomemos o exemplo do hospital. Quem tem poder no hospital? Somente seu diretor? E os médicos, têm poder? Qual a fonte de poder do médico? Os enfermeiros têm poder?

Vejamos um exemplo.

Um hospital tem apenas um especialista médico em neurocirurgia infantil, e ele resiste a cumprir a carga horária de trabalho contratual que é determinada para todos. O diretor, apesar de exigir o cumprimento da carga horária, não consegue fazer com que sua determinação seja cumprida. Ele considera que uma alternativa seria dispensar os serviços desse profissional médico. Porém, não há outro especialista no hospital, nem no quadro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e nem existe possibilidade de fazer uma nova contratação. O diretor é muito dependente do trabalho desse profissional? Esse médico tem poder em relação ao diretor do hospital?



Para pensar

- Como ficariam essas relações de poder se, inesperadamente, um outro neurocirurgião infantil fosse remanejado para o hospital?
- Como ficariam essas relações de poder entre o diretor e o médico, que antes era o único do município?

As relações de poder são dinâmicas, são permanentemente modificadas, e a disputa pelo poder pode gerar conflitos. Aliás, os conflitos fazem parte da vida de qualquer organização. Podem ser mais ou menos intensos entre organizações com características distintas ou na mesma organização ao longo do tempo. Na verdade, os conflitos acontecem nas nossas vidas independentemente até da luta pelo poder.

Portanto, conflitos fazem parte da vida organizacional e não devem ser vistos como uma doença ou disfunção. As pessoas têm diferentes interesses na organização: de ascender profissionalmente, de deter poder, de realizar um bom trabalho, de atender às demandas de sua equipe, além de interesses externos à organização. Essas diferentes áreas de interesse nem sempre são coincidentes. E, toda vez que não forem coincidentes, os conflitos surgirão. Portanto, não existe uma organização que não tenha conflitos.

Os conflitos fazem parte de nosso dia-a-dia. Preciso utilizar meu tempo de lazer no final de semana para concluir um relatório de trabalho; isso é conflitante com o meu desejo e com a expectativa de minha família em utilizar o final de semana de outra forma. Se considerarmos uma só pessoa, os conflitos estão presentes no seu cotidiano. Imaginem numa organização, com várias pessoas com interesses potencialmente diferentes: quantos conflitos não devem surgir...

O ambiente e a organização: uma interação permanente

Toda organização está inserida num ambiente e dele depende, sofre influência e o influencia. A organização não sobrevive isolada e imune ao ambiente que a cerca.

Vejamos uma organização de saúde – um hospital ou um centro de saúde da SMS. Que organizações influenciam o hospital ou o centro de saúde?

- Outros hospitais públicos ou privados? Outras unidades de saúde públicas ou privadas?
- Organizações hierárquicas superiores? A Secretaria Municipal de Saúde, no caso do centro de saúde? A Secretaria Estadual de Saúde? O Ministério da Saúde?
- Organizações com funções regulatórias? A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)? A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)? O Centro de Vigilância Sanitária (CVS)?
- Associações profissionais? Conselhos de classe? Sindicatos?
- Associações de usuários?

Esta lista poderia ser quase interminável...



Para pensar

- Por que é importante delimitarmos a rede de ligações entre a nossa organização e as demais?

A importância de se examinar a rede de ligações entre a nossa organização e as demais é que essa rede compõe, em grande parte, o ambiente em que a nossa organização se insere. A gestão da organização precisa monitorar as condições ambientais, estabelecendo relações de cooperação ou mesmo de competição com outras organizações.

Examinemos algumas situações:

- Mudou o secretário de Saúde do município. O que acontecerá de novo para aquele hospital ou centro de saúde municipal? E para o serviço de vigilância sanitária? Mudarão seus dirigentes?
- A política econômica do governo determina maior contenção nos gastos públicos. Isso trará repercussões para o município? O que acontecerá com o orçamento da SMS? E o compromisso de contratação de novos profissionais para a vigilância sanitária para compor a equipe mínima, será cumprido?
- Nosso município tem um hospital e uma unidade básica de saúde. Devem existir relações, ou esses serviços devem funcionar isoladamente? É frequente que elas funcionem de forma tão independente? Deve ser mesmo assim? Eles conseguem assegurar a continuidade e a integralidade da atenção prestada aos pacientes? Seria possível o desenvolvimento de uma atenção mais integrada, ou seja, uma relação mais cooperativa entre hospital e unidade básica?

Existem diferenças importantes em relação ao ambiente no qual operam as organizações públicas, em relação ao ambiente no qual funcionam as empresas privadas.

Para Dussault (1992), as organizações públicas dependem mais de seu ambiente do que as empresas privadas. Isso se explica porque as organizações públicas:

- têm 'obrigação' de prestar serviço, ou seja, geralmente não podem escolher sua clientela e seu perfil de serviços é determinado por uma instância superior;
- precisam responder hierarquicamente a, pelo menos, uma instância governamental superior;
- têm seu dirigente nomeado por essa instância à qual sua organização é subordinada. Por exemplo: o diretor de um hospital público federal, geralmente, é nomeado pelo ministro da Saúde;
- dependem financeiramente da instância hierarquicamente superior. Raramente as organizações públicas possuem outra fonte de receita;
- têm, especialmente no setor Saúde, autonomia administrativa relativamente limitada. Essa situação é completamente oposta à que prevalece em uma empresa privada;
- são mais suscetíveis às políticas governamentais. Se a política econômica do governo define que haja uma contenção de gastos, isto repercute diretamente em todas as organizações públicas que lhes são vinculadas.



Exemplo

Um hospital municipal, geralmente, não contrata e nem demite diretamente seus funcionários; e raramente compra todo o seu material de consumo.

A cultura organizacional: um elemento esquecido

Vimos que, no mínimo, dois desafios se colocam para toda e qualquer organização e dizem respeito a como:

- manter a coesão interna para o alcance dos objetivos organizacionais diante de potenciais conflitos, demandas ambientais e diferentes motivações das pessoas;
- proceder à coordenação do trabalho dividido.



Para pensar

- O que a cultura tem a ver com os desafios que se colocam para todas as organizações?

Antes de responder a pergunta acima, vamos apresentar uma definição para cultura e cultura organizacional. Na literatura há uma diversidade de definições e de compreensões, as quais não vamos explorar na sua totalidade. Lembremos que o termo 'cultura' tem, no mínimo, dois sentidos:



Para saber mais sobre cultura organizacional, busque os textos de Daft, Thévenet e Vaitsman que constam da lista de referências bibliográficas, no final do texto.

Para saber mais sobre a nossa cultura nacional, busque o texto de Roberto DaMatta que consta da lista de referências bibliográficas, no final do texto.

- cultivo – preparação do solo, semeadura e colheita;
- conjunto de crenças, valores, normas, rituais, símbolos e ideologias de uma dada sociedade ou grupo social.

Definindo de forma mais elaborada...

- Referida a um grupo social, a cultura pode ser vista como uma rede, uma teia socialmente construída ao longo do tempo, que molda coletivamente grande parte dos valores e visões de mundo desse grupo.
- Referida a uma organização, a cultura organizacional representa um conjunto de valores, crenças, compreensões e modos de pensar que são compartilhados por seus membros. Estes não são aspectos tão visíveis. Mas, a cultura organizacional envolve também aspectos mais visíveis, como “o modo como as pessoas se comportam e se vestem, os símbolos, as cerimônias e as histórias que são compartilhadas entre os membros da organização” (Daft, 1992:317).

Os dois sentidos apresentados – cultura como cultivo e cultura como um conjunto de crenças... – têm expressão no campo dos estudos organizacionais.

Para uma corrente, o papel do gerente seria o de semeador de inovações e mudanças, interagindo com a cultura organizacional. Mas, para outra corrente, a organização é uma cultura que seria permeada por diferentes culturas – por exemplo, a das corporações profissionais – e, além disso, a organização estaria imersa em uma cultura nacional. Sendo assim, haveria uma pressão pela mudança radical e planejada pelos dirigentes e, também, por parte daqueles consultores que alardeiam a possibilidade de “administrar a cultura” ...

Essa corrente corresponde ao ramo mais bem-sucedido dos teóricos da administração, como por exemplo, Peter Drucker, que compara o gerente ao jardineiro.

Nem tanto ao mar... nem tanto à terra...

Para nós, que temos o sentido prático das coisas:

- a cultura organizacional tem um significado de conferir uma certa singularidade à organização;
- os dirigentes podem adotar iniciativas que, se persistentes e contínuas, contribuem para a modificação ou para a manutenção da cultura organizacional, em um período mais prolongado de tempo;
- nada é imutável, nem a cultura organizacional; por outro lado, nem tudo é mutável em curto espaço de tempo.

À guisa de conclusão...

Tratamos sucintamente alguns conceitos e elementos que condicionam ou interferem no funcionamento das organizações. Entretanto, como é sabido, o todo é mais do que a simples soma das partes. Existem diferentes tipos de organizações e, na literatura administrativa, encontramos, principalmente, três formas de abordar as organizações:

a) Recorrendo às **teorias ou abordagens administrativas**, que correspondem à forma clássica, adotada em geral no ensino da graduação em administração. Essas abordagens compreendem, principalmente, a Administração científica (Taylor e Ford); a Abordagem anatômica de Fayol; a Escola de relações humanas; a Abordagem neoclássica da administração; a Administração por objetivos; o Desenvolvimento organizacional e a Abordagem contingencial. Essa listagem não é exaustiva.

Se você deseja saber mais sobre essa forma de abordar as organizações, busque o livro de Idalberto Chiavenato que consta da lista de referências bibliográficas, no final do texto.

b) Recorrendo ao uso de metáforas, que foi o que Morgan (1996) fez. Ele utilizou oito metáforas, entre as quais a da máquina, a do organismo vivo, a de culturas e a de arenas de poder para explicar o funcionamento das organizações. Segundo ele, “as nossas teorias e explicações da vida organizacional são baseadas em metáforas que nos levam a ver e compreender as organizações de formas específicas, embora incompletas” (Morgan, 1996:16). Isso se dá porque uma dada metáfora, ao lançar luz sobre certos aspectos para explicar as organizações, ofusca outros aspectos. A possibilidade de superar essa ‘cegueira relativa’ seria considerar que uma mesma organização pode ser explicada mediante mais de uma metáfora.

Se você deseja saber mais sobre essa forma de abordar as organizações, busque o livro de Gareth Morgan que consta da lista de referências bibliográficas, no final do texto.

c) Abordando as organizações como configurações, que é a forma que julgamos mais adequada, segundo a concepção de um autor chamado Henry Mintzberg, classificado como um adepto da abordagem contingencial e do **design organizacional**. A abordagem contingencial é fundamentada em três idéias principais: 1) as organizações são sistemas abertos que necessitam permanentemente atentar para as necessidades internas e do ambiente em que elas se situam, visando a uma contínua adaptação; 2) não existe uma única e melhor forma de organizar o trabalho; a forma mais adequada dependerá do tipo de

Teorias, ou como preferimos, abordagens administrativas: conjunto de esquemas conceituais, complementares ou alternativos, cujo objetivo, não necessariamente alcançado, é nos deixar em condições de descrever, interpretar, possivelmente prever e eventualmente controlar os fenômenos organizativos. A atividade administrativa, em maior ou menor grau de complexidade, acompanhou o desenvolvimento da sociedade desde os seus primórdios, mas a administração desenvolveu-se muito lentamente. Esse desenvolvimento incorpora dimensões inimagináveis pelos seus precursores, tais como a subjetividade, a ideologia e a cultura.

Esta forma metafórica de abordar as organizações não pretende ser prescritiva, mas tem um grande poder explicativo sobre o funcionamento das organizações.

Design organizacional: o termo *design*, além de desenho, esboço, delineamento, contém também o significado de planejar, delinear, estruturar (Michaelis, 1988). Como *design* organizacional compreende-se tanto a estrutura organizacional (como o trabalho é dividido e coordenado em uma dada organização) quanto o processo de planejar, delinear, estruturar uma organização.

tarefa e de ambiente externo; 3) diferentes enfoques em administração podem ser necessários para desempenhar diferentes atividades numa mesma organização, ou para diferentes organizações que lidam com diferentes ambientes (Morgan, 1996).

Se você quiser saber mais sobre essa abordagem, busque o livro de Henry Mintzberg (1995) que consta da lista de referências bibliográficas, no final do texto.

Diferentes metáforas ou diferentes configurações podem conviver numa mesma organização com ênfases distintas.

Tanto para Morgan quanto para Mintzberg, nenhuma organização na realidade corresponde exatamente a apenas uma de suas metáforas ou a apenas uma de suas configurações, respectivamente. Concordando com esses autores, adiantamos que nenhum dos 'tipos' de organização existe em estado puro na realidade em que vivemos... Mas, diferentes tipos podem coexistir em uma mesma organização ou em partes dela, contribuindo para o que Morgan caracterizou como organizações, esses fenômenos ambíguos, complexos e paradoxais.

Por que escolhemos trabalhar com a tipologia de Mintzberg? Porque:

- Ela leva em conta diferentes formas de estruturação das organizações com base nas particularidades de seu processo de trabalho e em outros condicionantes.
- A vigilância sanitária lida com organizações que têm processos de trabalho completamente distintos – padaria, fábrica de medicamentos, hospital etc.

Em algumas das organizações com as quais a vigilância lida, o estabelecimento de padrões é praticamente consensual, esperado e incorporado ao cotidiano (fábrica); em outras, eles são difíceis de serem estabelecidos, visto que o consenso sobre o que se deve fazer é mais difícil de ser alcançado. Nessas organizações, além dessa dificuldade para o consenso, os profissionais oferecem resistência, e os padrões, quando são estabelecidos, nem sempre são incorporados ao cotidiano. É o caso do hospital.

Referências bibliográficas

- CHIAVENATO, I. *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1979.
- DAFT, R. *Organizational Theory and Design*. 4. ed. Saint Paul: West Publishing Company, 1992.
- DA MATTA, R. *A Casa e a Rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- DUSSAULT, G. A gestão de serviços de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 2(26):8-19, 1992.
- ETZIONI, A. *Organizações Modernas*. 7. ed. São Paulo: Pioneira, 1984.
- LIMA, S. M. L. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. *Revista de Administração Pública*, 28(4):38-64, 1994.
- MICHAELIS. *Dicionário Prático Português - Inglês*. São Paulo: Melhoramentos, 1988.
- MINTZBERG, H. *Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press, 1989.
- MINTZBERG, H. *Criando Organizações Eficazes: estruturas em 5 configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- MORGAN, G. *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas, 1996.
- MOTTA, P. R. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- THÉVENET, M. A cultura da empresa hoje em dia. *Revista de Administração*, 26(2):32-39, abr.-jun. 1991.
- VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde: metas sobre a construção de um objeto. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3):847-850, set. 2000.

Exercício para ser feito em grupo, com muita discussão

Tentem aplicar o que vimos até agora sobre organizações e gestão aos serviços de vigilância sanitária. Se for necessário, voltem ao texto...

1 - Considere o serviço de vigilância em que você trabalha. Responda às seguintes perguntas sobre o que se produz e como funciona o seu serviço:

- O que é produzido? Bens ou serviços?
- Que recursos que são mobilizados para obter essa produção?
- Existe disparidade entre a organização formal e a informal no serviço em que você trabalha?

2 - Reflita sobre a missão, os objetivos e as metas do serviço de vigilância no qual você trabalha.

- Estão definidas a missão, os objetivos e as metas? Como e por quem eles foram definidos?

- Em caso de resposta negativa a essas perguntas, quais são as organizações e/ou pessoas que detêm poder de influência numa futura definição de missão, objetivos e metas?

3 - Como gerente de vigilância sanitária, você tem se preocupado com a motivação da equipe?

- Afora os salários, geralmente baixos, o que motiva e o que desmotiva o profissional da vigilância sanitária?
- O que você pode fazer ou demandar que outros façam para motivar seu pessoal?

4 - Pense no seu serviço de vigilância.

- Se você não é o único profissional da vigilância sanitária na sua localidade, como o trabalho é dividido e coordenado?
- Se você é o único profissional da vigilância na sua localidade e está lotado, por exemplo, na saúde coletiva, como o trabalho é dividido e coordenado no seu setor de lotação?

5 - Pense sobre o poder e os conflitos existentes no serviço de vigilância em que você trabalha e identifique:

- Como se dá a distribuição de poder neste momento?
- Quais são os principais conflitos?

6 - Reflita sobre os processos de trabalho e sobre a divisão do trabalho no seu serviço.

- Quais são os processos de trabalho que você identifica?
- Quais são os principais insumos?
- Quais os produtos intermediários e finais?
- Como o trabalho é dividido no serviço de vigilância sanitária em que você trabalha?

7 - Reflita sobre a forma como o trabalho é coordenado no seu serviço de vigilância.

- Se você não é o único profissional existente, quais os mecanismos de coordenação do trabalho que são utilizados na vigilância sanitária?
- Se você é o único profissional que atua na vigilância sanitária do seu município, a que outro serviço você está ligado e que mecanismos de coordenação do trabalho são utilizados?

Noções Básicas de Direito Administrativo para a Gestão

Alexandre Barenco Ribeiro



Para início de conversa...

Podemos definir o 'direito administrativo' como o ramo do direito público interno responsável pelo estudo das relações existentes entre o Estado e os administrados, que tutela o conflito eventualmente existente entre o interesse público e o interesse individual.

Todavia, nem sempre foi assim. O direito administrativo já teve sua conceituação e seu estudo reduzidos à análise da burocracia estatal, sendo encarado como algo maçante e chato, de pouca aplicabilidade. Esse talvez seja o maior entrave para os debates envolvendo este ramo do direito.

A situação é agravada a partir do momento em que se descobre que o direito administrativo está mais presente nas nossas vidas do que aparenta. Seja na prestação da atividade administrativa, seja no exercício do **poder de polícia**, os interesses tutelados pelo Estado estão sempre em conflito com os interesses do indivíduo.

Dessa forma, não podemos mais ignorar a importância do direito administrativo. É necessário encará-lo com seriedade e maturidade, tentando abordar de maneira prática questões que, aparentemente, eram apenas teóricas. Tenho, aqui, a pretensão de modificar a abordagem tradicional do direito administrativo, tentando trabalhar com exemplos concretos de situações vividas no dia-a-dia pelos administrados e pelos agentes públicos. Não sei se conseguirei.

É importante contextualizar o presente trabalho. Ele surge a partir de debates dentro da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Por essa razão, optei por não fazer uso de termos jurídicos, ressalvadas as hipóteses estritamente necessárias. Desde já espero contar com a compreensão dos colegas advogados que porventura utilizem este texto. Da mesma forma, peço desculpas aos leitores que não têm formação jurídica pelo uso de linguagem técnica, quando esta for indispensável.

O **poder de polícia** será tratado mais adiante no texto.

De qualquer sorte, a proposta é de uma abordagem interdisciplinar do direito administrativo com especial ênfase em pontos relacionados à teoria geral da administração pública. Assim, passo agora ao enfrentamento dos pontos destacados para este trabalho.

Administração pública

A administração pública compreende órgãos da administração direta e da indireta. Esta última abrange, por exemplo, as autarquias.

Aspecto subjetivo da administração pública: tem como foco central os agentes e órgãos que formam a administração pública.

Aspecto objetivo da administração pública: centrado na atividade desenvolvida pela própria administração pública.

A administração pública faz parte do nosso cotidiano. Durante muito tempo, a sua associação à idéia de governo causava arrepio aos administrativistas mais tradicionais. Atualmente, no entanto, essa associação não causa mais tanta crise. Na verdade, não gera mais problemas, visto que, usualmente, a administração pública está associada ao Poder Executivo.

Essa associação é fácil de ser compreendida a partir do momento em que cabe à administração pública o exercício da atividade administrativa, garantindo o bem-estar da sociedade. Ademais, são suas atribuições a tutela do interesse público e a resolução extrajudicial dos conflitos entre tais interesses e os interesses individuais.

Podemos conceituar a administração pública sob dois aspectos: o **subjetivo** e o **objetivo**. Sob o aspecto subjetivo, ela pode ser definida como os órgãos e agentes públicos que prestam a atividade administrativa. Já segundo o aspecto objetivo, ela consiste na atividade administrativa prestada pelos órgãos e agentes públicos.



Para pensar

- Em que consiste a atividade administrativa?

Ela consiste no dever do Estado de disponibilizar para o cidadão uma série de serviços públicos, tais como educação, saúde, saneamento básico, segurança etc. Ou seja, consiste nas ações da administração pública para prover, direta ou indiretamente, serviços públicos a cargo do Estado aos administrados. Quem materializa as ações necessárias para que tais serviços existam é a administração pública.

Originariamente, o desempenho da atividade administrativa ficava concentrado nos **entes federativos**, sendo ela prestada diretamente pela União, pelos estados-membros, Distrito Federal e municípios. Todos são pessoas jurídicas de direito público interno que receberam diretamente do texto constitucional diferentes atribuições para desempenhar suas atividades.

Desconcentração administrativa: resulta da criação de núcleos de competência sem personalidade jurídica própria, ou órgãos públicos.

A Constituição Federal (CF 1988) ratifica a forma federativa de Estado acolhida pelos textos anteriores consignando nos artigos 1º e 18º os **entes federativos** autônomos que compõem o Estado federativo brasileiro.

Nos primórdios, a atividade administrativa era prestada de forma concentrada, com toda demanda direcionada a um único local, onde uma única pessoa era responsável pela solução dos diferentes problemas a serem enfrentados. Por certo, tal situação causava desconforto para o administrado e para a própria administração pública, que não conseguia atender satisfatoriamente à demanda existente. Houve, portanto, a necessidade de uma divisão interna de competência, denominada **desconcentração administrativa**.

O mais importante da desconcentração administrativa é a compreensão de que, apesar da divisão interna de competência, mediante a criação dos órgãos públicos, estes não têm personalidade jurídica própria e são, portanto, incapazes de contrair obrigações ou de exercer direitos em nome próprio.

O ente federativo responsável pela desconcentração administrativa é que detém a personalidade jurídica e, em seu nome, contrai obrigações e exerce direitos. Assim, um ente federativo, a partir do momento em que faz suas divisões internas de competência, distribuindo as atividades administrativas entre os diferentes órgãos públicos, consegue, pelo menos em tese, atender melhor aos administrados sem perder o controle da situação, uma vez que os órgãos agem em nome da pessoa jurídica que os criou.

Para uma melhor compreensão da desconcentração administrativa, imaginemos o seguinte exemplo: determinado curso jurídico é responsável por sanar dúvidas referentes ao direito administrativo, ao direito civil e ao direito do trabalho. Esse curso concentra toda a sua demanda em uma única sala de aula, onde existe apenas uma pessoa para tentar solucionar todas as dúvidas referentes às três matérias citadas.

Como resultante dessa situação, a demanda não é satisfeita, dada a pluralidade de ramos do direito e das diferentes peculiaridades exigidas para a solução das dúvidas apresentadas. Em suma, uma única pessoa não pode ser detentora de todo o conhecimento jurídico referente ao direito administrativo, ao direito civil e ao direito do trabalho.

Com o objetivo de solucionar o problema, o nosso curso jurídico hipotético resolve distribuir a demanda em três diferentes salas de aula, podendo ser encontrado em cada uma das salas um especialista sobre cada ramo do direito. O controle da demanda continua a cargo de um único lugar (a recepção do curso, por exemplo), mas a resolução das dúvidas, agora, cabe aos diferentes especialistas localizados nas salas de aula.

Apesar da boa intenção da administração pública em se desconcentrar, isso não foi suficiente para a solução satisfatória dos problemas apresentados pelos administrados. Era necessário um dinamismo e uma autonomia maior por parte daqueles que prestavam a atividade administrativa.

Ainda hoje, em alguns casos, a atividade administrativa é prestada de forma concentrada.

Desconcentração administrativa: resulta da criação de núcleos de competência sem personalidade jurídica própria, ou órgãos públicos.



Exemplos de órgãos públicos

- Ministérios federais (Fazenda, Saúde, Previdência Social etc.)
 - Secretarias estaduais (Educação, Segurança Pública, Saúde etc.)
 - Secretarias municipais (Saúde, Urbanismo, Cultura etc.)
-

A distribuição das atribuições é feita para melhor atender à demanda existente, buscando a qualificação da prestação da atividade administrativa.

Descentralização administrativa: tem como resultante a criação de entidades com personalidade jurídica própria, capazes de contrair obrigações e de exercer direitos em nome próprio.

O mais importante da descentralização administrativa está no fato de implicar a divisão externa de competência, com a criação de entidades com personalidade jurídica própria, independente daquela do ente federativo que as tenha criado.



Exemplos de autarquias

- Instituto Nacional de Seguro Social - INSS
- Banco Central do Brasil
- Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

O fato de os órgãos públicos não gozarem de personalidade jurídica própria, dependendo financeiramente e funcionalmente do ente federativo responsável pela desconcentração, fazia com que a atividade administrativa não fosse prestada a contento. Por essa razão, surge a necessidade de uma nova distribuição de competência, desta vez para fora da administração pública. Estamos diante da **descentralização administrativa**.

Enquanto os entes federativos formam a administração pública direta, a descentralização administrativa origina as entidades que integram a administração pública indireta. São elas: as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

Para uma melhor fixação do conceito de descentralização administrativa, retomamos o exemplo do curso jurídico utilizado no caso da desconcentração administrativa.

Imaginemos aquele curso jurídico agora dividido em três salas de aula, cada qual cuidando da sua demanda específica. Considerando a crescente procura e interesse pelo direito administrativo, constatamos a necessidade de criação de um curso específico somente de direito administrativo. Assim, a antiga sala de aula é substituída por um curso jurídico específico, com vida própria, independente do curso jurídico que lhe deu origem.

Autarquias

As autarquias são entidades de direito público, criadas por lei específica na forma do artigo 37, inciso XIX da Constituição Federal (CF, 1988), com a finalidade de prestar a atividade administrativa, gozando de autonomia administrativa, funcional, patrimonial e financeira.

A conceituação legal das autarquias está contida no artigo 5º, inciso I, do Decreto-lei n. 200/67. Essa definição legal sofre fortes críticas por parte da doutrina administrativista, mas pode ser usada, ainda que seja incompleta.

As autarquias devem ser encaradas como 'pequenos entes federativos', pois apresentam o mesmo organograma da pessoa jurídica de direito público interno que a tenha criado, com a peculiaridade de cuidar de uma atividade administrativa específica. As autarquias gozam das mesmas prerrogativas da entidade responsável pela sua criação, observando um regime jurídico de direito público. Da mesma forma, devem as autarquias cumprir as obrigações direcionadas aos entes federativos.

Fundações públicas

A doutrina administrativista, quase em sua totalidade, afirma que as fundações públicas deveriam ser extintas, uma vez que são "espécies de autarquias". Concordo com tal posicionamento, uma vez que acredito na existência das autarquias fundacionais.

Porém, o texto constitucional de 1988 manteve, entre as entidades que integram a administração pública indireta, as fundações públicas.

As fundações públicas são entidades de direito público, instituídas por lei específica, ficando a sua criação reservada ao seu estatuto social, que será elaborado e registrado no cartório próprio após a edição da lei instituidora.

As fundações públicas desempenham atividades de caráter público, sem fins lucrativos. Na verdade, as atividades reservadas às fundações públicas são aquelas de caráter público que necessitam de um dinamismo maior. As fundações públicas são menos burocratizadas que as autarquias.

Elas têm a sua conceituação legal no artigo 5º, inciso IV do Decreto-lei 200/67. Essa definição é atacada por toda a doutrina administrativista, que a considera equivocada. O maior objeto da crítica está no fato de o dispositivo legal citado afirmar, textualmente, que as fundações públicas são entidades de direito privado. Tal assertiva legal não procede. As fundações privadas têm previsão legal no Código Civil Brasileiro, sendo tuteladas por regras de direito privado específicas.

O equívoco na definição legal de fundação pública pode ser identificado também quando se trata da sua forma de criação. O dispositivo legal não está atualizado em relação à Emenda Constitucional n. 19, datada de 4 de junho de 1988, que modificou a redação do artigo 37, inciso XIX, da Constituição Federal.

Empresas públicas

Por determinação do artigo 173 da Constituição Federal (CF, 1988), o Estado, em regra, não desempenhará, diretamente, atividade econômica ou financeira. Em outras palavras, não poderá o Estado disputar parcelas da atividade econômica com os particulares. Essa vedação constitucional se justifica pelo fato de o Estado gozar de determinadas prerrogativas, o que o coloca em posição de vantagem em relação às empresas privadas.

Com o objetivo de evitar a concorrência desleal e de não ferir o princípio da livre iniciativa, o texto constitucional determinou que, caso o Estado deseje participar do mercado desempenhando a atividade econômica, financeira ou prestando serviço, deve fazê-lo por intermédio da empresa pública.

Assim, a empresa pública, ao contrário das autarquias e das fundações públicas, não se presta ao desenvolvimento da atividade administrativa ou de caráter administrativo. Atua no mercado como uma empresa privada.

As empresas públicas são pessoas jurídicas de direito privado, instituídas por lei específica e constituídas de 100% de capital público, podendo assumir qualquer forma societária em direito admitida. É vedada a participação do capital privado dentro das empresas públicas.



Exemplos de fundações públicas

- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)



Exemplos de empresas públicas

- Caixa Econômica Federal - CEF
- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES

As empresas públicas podem ter sócios, desde que sejam todos integrantes da administração pública direta e indireta, e o controle societário fique com o ente federativo responsável pela sua criação. Essa autorização decorre do Decreto-lei n. 900/69, que provocou modificações no artigo 5º, inciso II do Decreto-lei n. 200/67, responsável pela conceituação legal da empresa pública.

Necessariamente, as empresas públicas adotarão o mesmo regime jurídico das empresas privadas no que diz respeito às obrigações civis, comerciais, tributárias e trabalhistas. Essa conclusão decorre do artigo 173, parágrafo 1º, inciso II, da Constituição Federal.

Sociedade de economia mista



Exemplos de sociedades de economia mista

- Banco do Brasil S.A.
- Petróleo Brasileiro S.A.

Assim como as empresas públicas, as sociedades de economia mista também são pessoas jurídicas de direito privado, instituídas por lei específica. Todavia, necessariamente terão que assumir a forma societária de sociedade anônima.

As sociedades de economia mista admitem a participação do capital privado no seu quadro societário, desde que a maioria absoluta das ações com direito a voto fique sob o controle do ente federativo responsável pela sua criação.

As sociedades de economia mista seguirão o mesmo regime jurídico das empresas privadas, no que tange às obrigações civis, comerciais, tributárias e trabalhistas, assim como as empresas públicas.

Princípios da administração pública

As administrações públicas direta e indireta estão sujeitas à observância dos princípios constitucionais contidos no *caput* do artigo 37 da Constituição Federal. A atividade administrativa deve estar sempre pautada pela manutenção dos princípios constitucionais da administração pública, sob pena de levar à invalidação do ato administrativo.

Segundo consignado no dispositivo constitucional supracitado, deve a administração pública observar o **princípio da legalidade**.

Dentro da esfera privada, havendo omissão legislativa, está o cidadão autorizado a praticar o ato. Dentro da esfera pública, por força do princípio da legalidade, na ausência de regulamentação legal o administrador público permanece inerte.

Outro princípio da administração pública consignado no *caput* do artigo 37 do texto político é o **princípio da impessoalidade**. Sob o aspecto subjetivo, o princípio da impessoalidade é aquele que leva à despersonalização do ato administrativo. Quem pratica o ato administrativo é a pessoa jurídica a quem o agente público está vinculado. Seria como se o agente público abandonasse a sua personalidade jurídica quando

O **princípio da legalidade** consiste na prática de atos sempre autorizados por lei. Ao contrário do que ocorre com o particular, o administrador público só pode fazer ou deixar de fazer aquilo que a lei determina.

O **princípio da impessoalidade** comporta duas conceituações: uma sob o aspecto subjetivo e outra sob o aspecto objetivo.

entrasse para trabalhar no serviço público, resgatando sua personalidade quando deixa o serviço público, no final do dia. Assim, não interessa o nome do agente, mas sim a quem ele está vinculado.

Já no aspecto objetivo, o princípio da impessoalidade é aquele segundo o qual os atos administrativos não podem favorecer ou prejudicar pessoa determinada. O destinatário do ato administrativo, necessariamente, será a coletividade, e nunca o indivíduo particular.

Para a maioria da doutrina, ambos os conceitos aqui citados se aplicam ao princípio da impessoalidade. No entanto, Hely Lopes Meirelles (1995) defende que o conceito apresentado como o conceito objetivo de princípio da impessoalidade seria, na verdade, a conceituação do princípio da finalidade pública.

O terceiro princípio contido no artigo 37 da Constituição Federal é o **princípio da moralidade**. Não basta que o ato administrativo seja legal, faz-se mister que ele seja moral.

Explicando: toda sociedade tem seus padrões éticos, seus limites, que nem sempre são respeitados. No entanto, todos conhecem esses limites. Por exemplo, ninguém pode sustentar que em uma sociedade corrupta atos de corrupção sejam tidos como morais. Ainda que tais atos administrativos estejam, aparentemente, harmonizados com a sociedade na qual impera a corrupção, eles ferem o mínimo ético social. Logo, seriam nulos por colidirem com o princípio da moralidade.

Figura ainda no artigo 37 da Constituição Federal o **princípio da publicidade**. O princípio da publicidade está diretamente relacionado à eficácia e ao controle dos atos administrativos. Para que o ato possa produzir os seus efeitos, faz-se necessário que ele seja conhecido. Só estamos obrigados a cumprir aquilo que conhecemos. É salutar lembrar que, havendo a publicidade formal, não pode o administrado simplesmente alegar que não conhecia o ato. Uma vez publicado onde de direito, deve ser cumprido.

Outra finalidade do princípio da publicidade é possibilitar o controle do ato administrativo. Somente é possível controlar aquilo que se conhece. Logo, a divulgação dos atos administrativos é fundamental para proporcionar o controle judicial e extrajudicial dos atos administrativos quanto a sua legalidade.

Finalmente, o mais novo princípio constitucional, o **princípio da eficiência**. Este princípio trouxe para dentro da administração pública a idéia de qualidade, de satisfação do consumidor. O administrado, destinatário da atividade administrativa, tem o direito de ser bem atendido pela administração pública.

O princípio da eficiência tem o mérito de modificar, pelo menos em tese, a concepção da administração pública, que deixaria de ser uma administração pública burocrática para ser uma administração pública prestadora de serviço. É evidente que essa proposta carece de implementação, pois infelizmente ainda convivemos com uma burocracia exagerada.

O ato administrativo moral, segundo o **princípio da moralidade**, será aquele que tem compatibilidade com os hábitos e costumes consagrados na sociedade em que produzirá seus efeitos, respeitando o mínimo ético objetivo existente.

O **princípio da publicidade** determina que haja a divulgação dos atos administrativos nos meios de comunicação oficial ou de grande circulação, dependendo do caso específico.

O **princípio da eficiência** foi introduzido no ordenamento constitucional pela Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1988.

Existem outros princípios da administração pública, tidos como implícitos, que não foram abordados aqui.

Questão para debate

Considere o fato de a vigilância sanitária lidar com interesses econômicos poderosos – vinculados à produção e circulação de bens e à prestação de serviços –, muitas vezes já cristalizados em nossa sociedade.

Refleta sobre os princípios gerais da administração pública e as funções específicas da vigilância sanitária e debata:

- Todos os princípios da administração pública são igualmente seguidos e aplicados pela vigilância sanitária?

Poderes da administração pública

Conforme sustentamos até aqui, a administração pública tutela o interesse público e tem o dever de protegê-lo, mantendo a sua supremacia sobre o interesse privado. Mas, de nada adiantaria tal atribuição se não houvesse prerrogativas que garantissem à administração pública a imposição de sua vontade sobre a vontade dos particulares. Essas prerrogativas são os chamados **poderes da administração pública**.

O primeiro desses poderes é o poder vinculado. Ele é muito mais uma garantia do administrado do que uma prerrogativa da administração pública. Tal assertiva se justifica por ser o poder vinculado aquele segundo o qual o administrador público, necessariamente, deve apontar as razões fáticas e jurídicas que o levaram a praticar o ato.

Além disso, o regramento do ato acaba por esgotá-lo, transformando o administrador público em um mero reproduzidor da vontade do legislador. Por exemplo, em uma lei hipotética, se o legislador tiver apontado o funcionamento ininterrupto, durante determinado tempo, como único requisito para a obtenção de uma licença, uma vez preenchida essa condição o administrador público terá que deferir o pedido.

Outro poder da administração pública é o poder **discricionário**. Este poder é uma prerrogativa da administração pública, pois representa uma vantagem em relação ao particular. Quando o administrador público exerce seu poder discricionário, ele faz uma escolha na prática do ato administrativo. Existe o exercício de um juízo de valor por parte do executor do ato administrativo.

Administrativistas modernos têm sustentado que os poderes vinculado e discricionário não são poderes da administração pública, mas sim modos de praticar os atos administrativos.

Outro poder da administração pública é o poder normativo ou regulamentar. A administração pública pode praticar atos que regulamentam a conduta do particular, impondo restrições e formas específicas para a prática de determinados atos.

A doutrina mais moderna vem sustentando que o administrador público pode praticar atos que não se limitam apenas a regulamentar diplomas legais preexistentes. O

Poderes da administração pública

- Poder vinculado
- Poder discricionário
- Poder normativo ou regulamentar
- Poder hierárquico
- Poder disciplinar
- Poder de polícia

Discricionariedade é opção, escolha, faculdade.

administrador público, por meio de portarias, ordens de serviços e, para alguns, até mesmo por meio de decretos, pode praticar atos de caráter normativo que impõem condutas aos administrados.

O poder hierárquico é aquele segundo o qual se admite o reconhecimento de diferentes instâncias dentro da administração pública. É este poder administrativo que justifica a existência dos chamados 'recursos hierárquicos', que permitem a revisão do ato administrativo pela própria administração pública. Também, é por conta do poder hierárquico que existem a delegação e a avocação de atribuições. Somente é possível delegar ou avocar a prática de atos dentro de uma relação hierarquizada.

Poder hierárquico



Poder disciplinar

O poder disciplinar é uma consequência do poder hierárquico. É um poder interno da administração pública, que assegura ao administrador público o direito de aplicar sanções aos agentes públicos.

Está diretamente relacionado ao poder hierárquico, uma vez que não é possível o subordinado aplicar sanções ao superior, pois estaria ocorrendo uma inversão de valores. Claro que é possível que um subordinado denuncie o seu superior hierárquico, mas a aplicação da penalidade sempre se dará por ato de uma autoridade hierarquicamente superior àquele que esteja sofrendo a sanção.

Finalmente, temos o poder de polícia. Este consiste na prerrogativa que tem a administração pública de limitar, condicionar, orientar o exercício de direito, interesse ou liberdade individual em favor do interesse público, tendo seu conceito legal no artigo 78 do Código Tributário Nacional.

O poder de polícia é direcionado para fora da administração pública, interferindo de forma mais contundente no cotidiano do particular, pois impõe condições para o exercício de direitos individuais que, eventualmente, possam causar danos ao interesse público.

O poder de polícia pode ser exercido de forma preventiva ou repressiva. No primeiro caso existe a restrição ao direito ou liberdade individual; já no segundo caso, o desrespeito da limitação acarreta uma punição, que pode ser de ordem pecuniária, uma vez que o exercício regular do poder de polícia é fato gerador de tributo na modalidade taxa.

Os poderes da administração pública são essenciais para que se garanta a supremacia do interesse público sobre o interesse individual. Todavia, devem ser exercidos com cautela, pois uma vez caracterizado o abuso de poder, seja na modalidade excesso de poder, seja na modalidade desvio de poder, a prerrogativa assume a vertente de arbitrariedade, o que compromete por completo a sua manutenção.

Considerando a vigilância sanitária...

A vigilância sanitária caracteriza-se por ser uma atribuição constitucional do SUS e por ser também um órgão da administração pública. Na saúde se diferencia, principalmente, pelo poder regulamentar e pelo poder de polícia. No entanto, o objetivo maior de melhoria da qualidade de vida da população não é alcançado com a redução das atividades de vigilância ao poder de polícia e às atividades fiscalizadoras. No contexto do SUS, a vigilância ganha *status* de instrumento do poder público em defesa da qualidade de vida das pessoas.

Atos administrativos

Os atos administrativos estão inseridos no gênero 'atos jurídicos'. Todas as manifestações de vontade da administração pública se materializam nos atos administrativos e devem estar consignadas em processos administrativos.

Não existe ato administrativo sem motivo!

Os atos administrativos têm cinco condições de validade essenciais para a sua existência no mundo jurídico: a competência, a forma, o objeto, o motivo e a finalidade. Todas elas estão prescritas na Lei Federal n. 4.717/65, estudadas no referido diploma legal, por meio dos vícios causados pelas suas ausências. Também são chamados de 'elementos do ato administrativo'.

O ato administrativo deve ser praticado por agente competente. A competência está relacionada às atribuições do cargo ocupado pelo agente que pratica o ato. Por exemplo, não tem competência para aplicar multas pelo não recolhimento de tributos municipais o secretário municipal de Cultura, pois não está entre as atribuições do seu cargo a prática de tal ato. Caso não seja observada esta regra, a da competência, o ato será nulo, tendo em vista o vício de incompetência.

Ao contrário do que ocorre na esfera privada, a prática de atos administrativos exige forma prevista em lei. Não tem o administrador público liberdade para a escolha das formas do ato administrativo. Assim, haverá vício de forma se o praticante do ato não respeitar as regras legais impostas para tal. É verdade que a inobservância parcial também acarreta a invalidação do ato, pois caracteriza um vício de forma.

Quanto ao objeto, não paira dúvida: o objeto do ato administrativo tem que ser lícito. Objeto lícito é aquele que não contraria lei ou outro ato normativo. Caso o conteúdo do ato seja contrário à lei ou a outro ato normativo, estaremos diante do vício denominado 'ilegalidade do objeto'.

Não existe ato administrativo sem motivo. É verdade que podemos encontrar alguns atos administrativos cujos motivos não sejam noticiados, mediante autorização legal para isso. O motivo consiste nos fatos e fundamentos legais que antecedem a prática do ato. Caso a razão externada para a prática do ato não corresponda à realidade, o ato administrativo será nulo, contaminado pelo vício denominado 'inexistência de motivo'.

Finalmente, temos o elemento 'finalidade'. A finalidade é o resultado do ato, o que se espera com a sua prática. A finalidade sempre será pública, sob pena de ilegalidade do ato por desvio de finalidade, que é o nome dado para o vício que atinge este elemento.

Atributos do ato administrativo

Conforme já destacamos, o ato administrativo é uma espécie de ato jurídico. No entanto, ele apresenta características próprias que o diferenciam dos demais atos jurídicos. Essas peculiaridades são os chamados **atributos do ato**.

O ato administrativo goza de presunção de legalidade, o que significa dizer que ele é legal, até que se prove o contrário. Cabe ao administrado que se sentir lesado pelos efeitos do ato demonstrar a sua incompatibilidade com o ordenamento jurídico. Essa presunção não é absoluta, admitindo prova em sentido contrário.

Outro atributo do ato administrativo é a presunção de legitimidade do agente que o pratica. Mais uma vez, o ônus da prova para a desconstituição do ato é do administrado. Portanto, não cabe ao administrador público a comprovação da legitimidade do agente que pratica o ato.

O terceiro e mais importante atributo do ato administrativo é a sua auto-executoriedade. Enquanto na esfera privada os atos dos particulares dependem de provimento jurisdicional para que materializem seus efeitos quando encontram resistência por parte do seu destinatário, os atos administrativos independem do provimento jurisdicional para que produzam os efeitos desejados.

Cabe ao Poder Judiciário fiscalizar o exercício da auto-executoriedade quanto aos critérios de legalidade e competência que a envolvem, podendo, inclusive, desfazer os seus efeitos se necessário for. Apenas os atos administrativos têm auto-executoriedade.

Atributos do ato administrativo

- Legalidade
 - Legitimidade
 - Auto-executoriedade
-

Espécies de atos administrativos

Em que pese o fato de existirem várias espécies de atos administrativos, variando de acordo com o autor adotado, iremos, neste estudo, privilegiar a análise de apenas quatro delas.

A primeira é o ato administrativo vinculado. Aqui encontramos a materialização do exercício do poder vinculado, em que o administrador público tem limitada a sua atuação, não podendo emitir juízo de valor sobre a prática do ato.

O ato administrativo vinculado é aquele em que todas as possibilidades de resultado e de procedimentos já foram contempladas pelo legislador, cabendo ao administrador público apenas aplicar literalmente a norma.

A outra espécie de ato administrativo é o ato administrativo discricionário. Neste caso, o administrador público faz uma escolha, uma opção ao praticar o ato, na forma autorizada pela lei. Este tipo de ato materializa o exercício do poder discricionário, sendo vedado praticá-lo com abuso de poder, seja na modalidade 'excesso' ou 'desvio', ou, ainda, fora do devido processo legal apontado pela norma.

Espécies de atos administrativos

- Vinculado
 - Discricionário
 - Compostos
 - Complexos
-

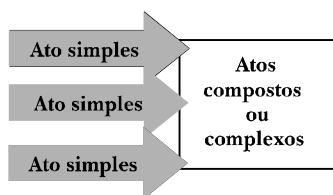
Existe uma contraposição entre essas duas espécies de atos administrativos, pois enquanto o ato administrativo vinculado condiciona a vontade do administrador público à do legislador (já que a lei contemplou todas as etapas do ato), no ato discricionário o administrador público tem liberdade para exercer seu juízo de valor.

Temos ainda os atos administrativos compostos e complexos. Aparentemente, ambos são formados pela somatória de vários atos simples; todavia, apresentam as suas peculiaridades.

O ato composto é aquele praticado dentro da mesma esfera de poder, no qual é possível a identificação, entre os atos simples que o formam, o mais importante. O exemplo clássico de ato composto é a concessão de licença a servidor público.

Já o ato administrativo complexo é aquele praticado com a participação de mais de uma esfera de poder, não sendo possível identificar, entre os atos simples que o formam, o mais importante. Como exemplo, podemos citar a concessão de aposentadoria ao servidor público, que só estará aposentado depois de deferido o pedido e averbados os proventos perante o respectivo Tribunal de Contas.

No caso do ato administrativo complexo, nota-se uma interdependência entre os atos simples, responsáveis pela sua composição. No ato administrativo composto, percebe-se uma dependência dos demais atos simples em relação ao ato simples preponderante.



Desfazimento do ato administrativo

Em que pesem todas as prerrogativas encontradas nos atos administrativos, estes não são intocáveis, nem infalíveis. Podem conter imperfeições que comprometam a sua validade e, conseqüentemente sua manutenção no mundo jurídico.

Assim, como forma de proteção dos interesses individuais diante de possíveis arbitrariedades cometidas pela administração pública, existe a possibilidade de desfazimento do ato administrativo, seja por vício de legalidade, seja por incompatibilidade com o interesse público.

A **anulação** poderá ser declarada pela administração pública ou pelo Poder Judiciário, produzindo efeitos retroativos, desfazendo o ato desde o dia em que foi praticado.

A outra hipótese de revisão do ato administrativo se dá por meio da **revogação**. Neste caso, não se pode falar em ilegalidade do ato, pois o ato é perfeito do ponto de vista da sua compatibilização com as normas vigentes.

A revogação está relacionada com a conveniência e com a oportunidade que a administração pública tem de manter o ato administrativo no mundo jurídico. Em outras palavras, não interessa ao administrador público a manutenção do ato, apesar dele não apresentar nenhum vício de legalidade. Por essa razão, apenas a administração pública

Desfazer

Quando o ato administrativo for acometido por algum vício de legalidade, ele será desfeito por meio da **anulação** ou da **revogação**.

pode exercer o juízo de valor acerca da manutenção ou não do seu ato administrativo, sendo vedado ao Poder Judiciário revogá-lo.

A revogação, por atingir um ato legal, só provoca efeitos futuros, legitimando a validade das consequências do ato revogado até o momento do seu desfazimento.

Em suma, pode-se traçar um quadro comparativo entre a anulação e a revogação:

Anulação	Revogação
Tem por objeto um ato ilegal.	Tem por objeto um ato legal, cuja manutenção não é mais conveniente ou oportuna para a administração pública.
Pode ser declarada pelo Poder Judiciário e pela administração pública.	Pode ser declarada apenas pela administração pública.
Produz efeitos retroativos até o dia do nascimento do ato anulado.	Produz efeitos a partir da sua declaração, reconhecendo a validade do ato revogado até o momento.
Não gera indenização, em regra.	Pode gerar indenização, devendo haver a comprovação do dano.

Processo administrativo

A expressão **processo administrativo** apresenta dois usos distintos dentro do direito administrativo: um relacionado ao conjunto de papéis e documentos referentes a um determinado assunto de interesse da administração pública ou do servidor público, organizado em uma pasta; a outra concepção é usada como sinônimo de 'processo disciplinar', no qual se busca apurar supostas irregularidades praticadas por servidor público.

Até o ano de 1999, não havia uma padronização no que tange aos processos administrativos no âmbito federal. Ocorre que naquele ano foi editada a Lei Federal n. 9.784, uniformizando as regras do processo administrativo dentro da administração pública direta federal, autárquica e fundacional, também federais.

A referida lei federal só não tem aplicação dentro dos estados, dos municípios ou do Distrito Federal. Importante salientar que a administração pública deve sempre praticar os seus atos dentro de processos administrativos, o que, entre outras coisas, representa uma segurança para os administrados, uma vez que isso facilita seu controle e a verificação constante de sua compatibilidade com o ordenamento jurídico.

Processo administrativo, de forma genérica, é o conjunto de atos coordenados para a solução de um conflito de interesses dentro da esfera administrativa.

Conclusões

Chegamos ao fim do presente estudo, que abordou apenas alguns pontos deste ramo do direito denominado direito administrativo.

Os pontos aqui debatidos não esgotam a matéria, nem era esta nossa pretensão. Como salientado no início, o que se pretendia era demonstrar como o direito administrativo pode ser útil no nosso dia-a-dia e essencial para a implementação das políticas públicas exigidas pela sociedade.

Sempre que se trabalha dentro de uma concepção multidisciplinar, é importante situar a matéria estudada dentro do contexto geral. O direito é encarado como um instrumento de transformação social que, se bem utilizado, é capaz de melhorar as condições de vida da sociedade.

No caso específico do direito administrativo, sua compreensão é fundamental para a implementação das políticas públicas indispensáveis para a operacionalização da atividade administrativa e da melhoria da qualidade de vida.

Assim, certamente dúvidas surgirão, e nós tentaremos enfrentá-las com o intuito de superá-las e, dessa forma, contribuir para a transformação social, na busca de uma sociedade mais igualitária, justa e humana, em que a dignidade das pessoas esteja em primeiro plano e não tenha que ceder lugar para o mercado. Esperamos que possamos construir uma sociedade em que as políticas públicas sejam realmente públicas.

Sugestões de leitura complementar

FILHO, J. dos S. C. *Manual de Direito Administrativo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

GASPARINI, D. *Direito Administrativo*. São Paulo: Saraiva, 1995.

MELLO, C. A. B. de. *Elementos de Direito Administrativo*. São Paulo: Malheiros, 1992.

MELLO, C. A. B. de. *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: Malheiros, 1998.

MEIRELLES, H. L. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros, 1995.

PIETRO, M. S. Z. Di. *Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas, 1998.

Planejamento e Programação como Instrumentos para a Gestão¹

Marismary Horsth De Seta



Para início de conversa...

Em nossa atividade gerencial na área da saúde, nos deparamos com um número de problemas urgentes que tumultuam nossa **agenda decisória**, e não nos vemos com tempo para planejar. Sentimo-nos desconfortáveis nessa situação e, entre nós, nos definimos como “bombeiros”, já que gastamos a maior parte do nosso tempo “apagando incêndios”. Entender por que isso acontece será um grande passo para que adotemos o planejamento como uma ferramenta indispensável para a gestão. Quais são os aportes de que precisamos para planejar as nossas ações, ou, em outros termos, de que podemos nos valer para que nosso planejamento seja eficaz?

Em uma época em que as empresas se voltam para a diferenciação de seus produtos, procuram colocar seu “foco no cliente” e em que a produção em massa entra em declínio, como poderemos planejar os **serviços públicos de saúde** sem que conheçamos a nossa clientela e o ambiente em que atuamos? Algumas respostas a essas questões podem ser dadas pela epidemiologia.

Esta disciplina, a epidemiologia, representa uma forma científica de conhecer a realidade sanitária que os serviços de saúde buscam enfrentar. A utilização das informações e do raciocínio epidemiológico pode nos ajudar, e muito. Mas, nem sempre as informações estão disponíveis... Por outro lado, sabemos que os dirigentes não trabalham exclusivamente com base em informações e que estas, mesmo que muito atualizadas, sempre se referem ao passado. E o gerente/planejador precisa pensar o futuro... Mas, se temos informação ou se podemos gerá-la, por que não a utilizamos para fazer nosso planejamento e nossa programação?

Agenda decisória: este termo é muito utilizado em ciência política. Corresponde à pauta (relação de decisões e de problemas) a ser enfrentada pelo gerente.

Serviços públicos de saúde: são os serviços de acesso público, independentemente de seu caráter de propriedade estatal ou não. São os serviços que integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Fragmento de texto educativo originalmente produzido para o Gesthos (Gestão Hospitalar: capacitação para pequenas e médias unidades de saúde. MS, 2002).

A programação em saúde é muito importante para organizar a rede de serviços, cada um dos serviços de saúde e precisa, também, nortear as ações de vigilância sanitária. Essa programação é abrangente e abarca a programação de atividades, de capacidade instalada, de recursos necessários ao bom desempenho, inclusive os orçamentário-financeiros. A lógica da programação deve contemplar critérios de qualidade. Instalar serviços de saúde, entre os quais os de vigilância sanitária, e/ou reorganizar os que já funcionam não é tarefa simples. É preciso que sejamos muito estratégicos... Afinal, (re)programar serviços na área social, em que se inclui a saúde, é trabalhar com muitas incertezas...

Continuando a conversa sobre planejamento...

Suponhamos que temos que resolver um problema, aproveitar uma oportunidade ou transformar uma realidade, seja ela qual for. Como parte do processo de reflexão, surge uma série de perguntas. Algumas delas podem ser:

- 1) O que queremos?
- 2) Só depende de nós?
- 3) Quem ou o que pode nos ajudar ou atrapalhar?
- 4) De quem, ou do quê, precisaremos para conseguir o que queremos?
- 5) O que pode mudar, nos criando dificuldades ou facilidades?
- 6) O que deveremos fazer se as coisas mudarem?
- 7) Por onde começar? Qual é a melhor sequência para agir?

As perguntas de 1 a 7 podem ser resumidas em: Qual é o nosso plano?

A pergunta 'Qual é o nosso plano?' nos coloca diante da necessidade de definir planejamento, que é um processo que norteia a ação humana, tanto na vida pessoal quanto na atividade gerencial. Trataremos aqui apenas da sua aplicação ao campo da atividade gerencial nos serviços de saúde, que incluem o nosso serviço de Vigilância Sanitária (Visa). As abordagens administrativas ou teorias administrativas, em especial a **Teoria neoclássica da administração** ou **Escola do processo administrativo**, definem o planejamento como uma das **funções do processo administrativo**.

O planejamento é a função administrativa que determina antecipadamente o que se deve fazer e quais os objetivos a serem atingidos (Idalberto Chiavenato, 1976).

Teoria neoclássica: é uma corrente da chamada **Teoria da administração**, que, na busca de soluções práticas para os problemas organizacionais, retomou e atualizou quatro abordagens que lhe são anteriores: a **Escola clássica** (Taylor, Fayol etc.), a **Escola das relações humanas** (organização informal, dinâmicas de grupo e liderança), a **Teoria da burocracia** (princípios e normas formais da organização hierárquica e os aspectos relativos à autoridade e responsabilidade), e a **Teoria de sistemas** (organização formada por múltiplos subsistemas que interagem). Seus principais autores são Peter Drucker e Ernest Dale.

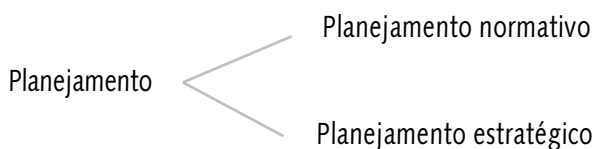
Funções do processo administrativo: são o planejamento, a organização, a direção e o controle. Vistos separadamente, constituem as funções administrativas. Analisados em suas inter-relações, para o alcance dos objetivos organizacionais, representam o próprio processo administrativo.

O conteúdo desse quadro enfatiza o caráter de definição antecipada da ação e dos objetivos a serem atingidos. Os objetivos mais amplos a serem alcançados, ou aonde queremos chegar com a nossa gestão na organização, eram chamados, até pouco tempo atrás, de imagem-objetivo. Ultimamente, vêm sendo chamados de **visão**.

Voltemos ao nosso 'plano'. Se respondermos afirmativamente à pergunta 2 (Só depende de nós?), definiremos o que deve ser feito, os objetivos a alcançar, os recursos necessários, os prazos e os responsáveis por cada ação. Fazendo tudo de maneira correta, o nosso planejamento **poderá ser classificado como um bem elaborado planejamento normativo**. Acompanharemos a execução do nosso plano e poderemos obter os resultados que desejamos.

Quando a vigilância sanitária apresenta seu planejamento, este geralmente consiste em um planejamento normativo, com uma programação de atividades. Consideramos que isso já representa um grande avanço.

Mas, com base na definição contida no quadro anterior, podemos dizer que o planejamento é caracterizado pela incerteza, por ser uma escolha de curso de ação, de caminhos, de opções, que se adotam antecipadamente. 'Trata-se de agir desde já, no tempo presente, para alcançar os objetivos pretendidos ou para construir o futuro'. Ocorre que ele é sempre incerto, indeterminado, porque não estamos sozinhos no mundo construindo o futuro. Existem outros, pessoas, grupos e organizações, que têm projetos iguais, semelhantes ou totalmente diferentes dos nossos. E eles também planejam para obter o que desejam. Ao mesmo tempo que o planejamento é caracterizado pela incerteza, ele é um instrumento que busca reduzi-la mediante um 'processo sistemático', de maior ou menor intensidade. Dizer que ele é mais sistemático significa que, pelo menos, as perguntas 3 a 7 são tratadas metodicamente, o que caracteriza um processo de planejamento estratégico.



Precisamos, agora rever o que significa estratégia. E o caráter estratégico do planejamento?

Estratégia é a arte militar de planejar e executar movimentos e operações de unidades ou batalhões para alcançar ou manter posições relativas e potenciais bélicos favoráveis a futuras operações táticas. Em uma segunda acepção, estratégia é a arte de aplicar os meios disponíveis ou explorar condições favoráveis com vista a objetivos específicos (Ferreira, 2000).

Visão: anteriormente, era chamada de imagem-objetivo pelos planejadores. É um termo que tem sido crescentemente empregado por gerentes para expressar o que se quer que a organização seja no futuro.

Planejamento normativo: é o planejamento que prioriza a racionalidade estritamente técnica. Nele, trabalha-se com um diagnóstico pretensamente neutro e científico. São privilegiadas as categorias econômicas, e o plano representa uma norma a ser cumprida para o alcance de um objetivo definido.

Embora, por vezes, as organizações pareçam um campo de batalha, ficaremos com a segunda acepção da palavra 'estratégia', já que o caráter estratégico do planejamento refere-se:

- à aplicação dos meios disponíveis;
- à criação de condições favoráveis ao bom desenvolvimento do plano.

Mas não desprezaremos a primeira acepção, pelo que ela nos traz para a compreensão sobre ganhar ou manter posições, acumular forças, executar movimentos considerando os movimentos dos outros.

Precisaremos responder às perguntas 3 e 4 ('Quem ou o que pode nos ajudar ou atrapalhar?' e 'De quem precisaremos para conseguir o que queremos?') para, ao mesmo tempo:

- identificar quem tem interesses e posições favoráveis (aliados) ou contrários ao nosso plano (oponentes);
- entender quais são as motivações que para eles assumem esses posicionamentos.

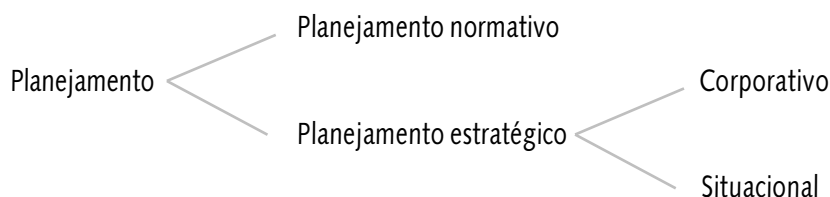
Nosso plano precisa ser exequível, viável. Para isso, os meios disponíveis podem ser insuficientes. Teremos, então, que criar as condições favoráveis para que a viabilidade do plano aumente. E entender a motivação dos nossos oponentes pode nos ajudar a encontrar modos de aumentar os apoios, diminuir as resistências ou neutralizar a ação dos nossos oponentes.

Responder às perguntas 5 e 6 ('O que pode mudar, nos criando dificuldades ou facilidades?' e 'O que deveremos fazer se as coisas mudarem?') implica explorarmos a conjuntura atual para identificar as variáveis passíveis de mudanças, positivas ou negativas, que têm relação com o nosso plano ou com o problema a ser enfrentado. Ao identificar essas variáveis e analisar seus possíveis comportamentos num futuro próximo, estamos fazendo um exercício de construir os cenários nos quais o nosso plano irá se desenvolver. Buscaremos formular um plano para cada cenário, ou, pelo menos, formularemos mais do que um único plano, para não sermos surpreendidos por uma mudança absolutamente inesperada.

A resposta à pergunta 7 (Por onde começar? Qual a melhor sequência para agir?) deve sempre considerar que, como resultado de algumas das nossas ações, acumulamos forças ou desgaste e que, para enfrentarmos algo muito difícil ou desgastante, precisamos estar fortalecidos. Assim, a **trajetória estratégica** a ser definida poderá contemplar inicialmente as ações menos conflituosas ou, se for o caso, aquelas que, mesmo envolvendo algum conflito potencial, têm um alto custo de postergação, o que quer dizer que aquelas que se não forem enfrentadas em tempo hábil causarão um grande desgaste. O custo pode ser político (perder poder), econômico-financeiro (perder recursos), social (perder vidas, aumentar o sofrimento humano).

Trajetoária estratégica: é o desenho do caminho, do encadeamento, da sequência das ações ou operações a serem implementadas.

Para as finalidades deste estudo, o planejamento estratégico pode ser classificado como corporativo ou situacional.



O Planejamento Estratégico Corporativo (PEC) busca realizar uma análise da organização à luz de sua concorrência, identificando os fatores-chave de sucesso e as Debilidades, Oportunidades, Fortalezas e Ameaças (DOFA, ou SWOT). Ele tem estreita relação com as técnicas de *marketing*, mas o PEC pode ser, também, aplicado às organizações de saúde, em geral, e aos nossos serviços de vigilância, só que com outro espírito, que é o de não os entendermos como atividades de mercado e de concorrência.

Quanto ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), vamos abordá-lo não em sua dimensão de método, mas como uma abordagem de planejamento que incorpora conceitos importantes para se pensar o planejamento e a gestão em saúde.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) trabalha com recursos de vários tipos:

- Cognitivos (relativos ao conhecimento, à capacidade de saber e de saber fazer).
- Organizativos (que dizem respeito à forma com que a organização se estrutura).
- Econômicos (que incluem tudo o que pode ser contabilizado: dos recursos financeiros ao quadro de pessoal, que também pode ter seu custo monetarizado, transformado em valor financeiro).
- Políticos (poder).

Este enfoque de planejamento é predominantemente político, visto que sua categoria central é o **poder**. E, ainda, não há um sujeito único do planejamento: todos planejam para alcançar seus objetivos. Planejar é um cálculo de probabilidades e, portanto, o ponto de chegada não pode ser determinado *a priori*. A avaliação e a reavaliação devem ser constantes, como num jogo de xadrez.

Podemos dizer que o PES é um método de planejamento baseado em problemas. O fato que cria a necessidade do planejamento na atividade gerencial é um problema ou uma oportunidade.

Vejamos o que é um problema ou uma oportunidade quando falamos de gestão e planejamento.



Para saber mais sobre o PES como método de planejamento aplicado à vigilância busque SÁ & PEPE. Planejamento estratégico. In: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.



Para saber mais sobre o planejamento em saúde, as diferentes escolas e métodos na América Latina e no Brasil, busque os autores Merhy, Rivera, Artmann e Matos, nas referências bibliográficas ao final do texto.

Poder: para o PES, ele representa capacidade de ação, de produzir fatos, de mobilização, de representatividade. Dessa forma, o poder no planejamento estratégico não se restringe ao poder organizacional decorrente do cargo (poder administrativo), nem ao poder que emana do domínio dos recursos econômicos (poder econômico). Além desses, há também o poder técnico, área de domínio dos profissionais da saúde e da gestão.

‘Problema’ é uma situação que difere do que julgamos ser ideal, desejado ou possível. Dito de outra forma, problema é algo negativo, que devemos superar.

‘Oportunidade’ é algo que devemos aproveitar, tem conotação positiva.

Oportunidades ou problemas detectados fazem com que a ação planejada se torne necessária.

Situação: é um conceito com duas conotações. Na primeira, significa estar inserido em uma dada realidade social. A situação em que se encontra um ator é o que confere significado à sua ação (Matus, 1993). Na segunda, representa o recorte da realidade social que esse mesmo ator faz para explicá-la, visando a agir para alterar ou preservar a realidade em que vive.

Para o planejamento estratégico, portanto, problema é algo que nos leva a agir, buscando a sua superação, e não um mal-estar, um desconforto vago e impreciso. É claro que o que se julga ideal, desejado ou possível não é igual para todas as pessoas e depende do ponto de vista, dos valores, da **situação** em que cada pessoa se encontra. Da mesma forma, o que é problema para alguém pode não ser para outrem. Por isso se diz que problema ou oportunidade, para o planejamento estratégico, é sempre referido a alguém, ou melhor, a um ator social, conceito que veremos mais adiante.

Mas, antes, precisamos adiantar que os problemas são de vários tipos e que, na área social, na qual a saúde se inclui, os problemas nunca irão se acabar. O que um bom planejador vai buscar é o que Carlos Matus chama de “intercâmbio favorável de problemas”, quer dizer, “atacar e resolver” um problema mais dramático e se deparar com um novo problema, que, esperamos, seja menos grave.

Um exemplo: a expectativa de vida ao nascer de uma dada população é de 40 anos; as taxas de mortalidade infantil (por desnutrição, por doenças imunopreveníveis e por causas ligadas à atenção ao parto) e por acidentes fatais de trabalho com adultos jovens são excessivamente altas. Suponhamos que o problema ‘baixa expectativa de vida ao nascer’ seja enfrentado por meio da melhoria das condições de saneamento, de uma boa cobertura de programa de imunização, da melhoria da atenção à gravidez e ao parto e por um programa de redução de acidentes de trabalho. Teremos, então, um aumento da expectativa de vida, que levará ao crescimento da importância relativa da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, já que a população viverá mais. Mas, quem consegue transformar esse dado (expectativa de vida de 40 anos) em um problema a ser resolvido? Certamente é um **ator social** com força e poder para transformar esse dado escandaloso em um problema a ser enfrentado.

Agora, tomemos como exemplo um fato imaginário, a publicação no *Correio da Tarde* sobre a Maternidade X, onde, no mesmo mês, morreram três mulheres e dez bebês. O coordenador do serviço de vigilância responsável pela vigilância desses serviços e o diretor se deparam com essa notícia, em que se afirma que as mulheres morreram de parto e os bebês, após contraírem infecção no berçário por falta de lavatório, sabão e toalhas de papel para a lavagem das mãos.

Ator social é um indivíduo, um grupo ou uma organização que contempla, simultaneamente, três critérios:

- Tem um projeto político.
- Controla algum recurso relevante ou variáveis importantes para a resolução do problema.
- Tem capacidade para entrar no ‘jogo’, ou seja, enfrentar o problema.



Para pensar

Quais são os problemas contidos nesse exemplo:

- A publicação da notícia no jornal ou os óbitos?
- Para quem é importante o fato de a notícia ter saído na imprensa?
- Os óbitos e a inexistência de lavatórios e material para lavagem das mãos são problemas do mesmo tipo?

Para o diretor da Maternidade e para o coordenador da Visa, o problema que deve importar é a ocorrência dos óbitos. Se a notícia procede, estamos diante de um **problema finalístico**, que compromete o resultado, a qualidade da assistência prestada pela Maternidade e o grau de risco, que se encontra aumentado para as demais parturientes e bebês. Por mais que a notícia publicada no *Correio da Tarde* possa afetar, e afeta, as imagens da Maternidade e da Visa, esse é um problema que decorreu dos óbitos evitáveis. A veiculação na imprensa representa, portanto, um problema secundário, aquele que é consequência de outro. No entanto, para sermos coerentes, precisamos reafirmar aqui que a definição e identificação do que é ou não problema depende do ponto de vista e dos interesses de cada ator. Se o principal interesse dos dois dirigentes for a manutenção dos seus cargos, suas ações serão dirigidas para esse objetivo, e não necessariamente para corrigir os fatores que contribuem para a geração do problema, e novas mortes poderão ocorrer...

Para melhorar a imagem da Maternidade, a simples estratégia de divulgação de outros bons resultados organizacionais é insuficiente. Seu gerente precisa trabalhar para que tal tipo de óbito não mais ocorra, ou seja, ele deve atuar sobre as causas dessas mortes. O mesmo precisa ocorrer com o coordenador da Visa, resguardada a especificidade da sua atuação.

Problema finalístico ou terminal: é aquele que se refere às atividades que justificam a existência da organização e que, portanto, tem impacto direto sobre o cumprimento da missão institucional.



Para pensar

- E a falta de lavatório, sabão e toalhas de papel?

É um problema importante, porque é consenso que os bebês são mais propensos a contrair infecção e que a lavagem das mãos, isoladamente, é o modo mais eficaz de prevenir as infecções hospitalares. A falta de lavatório e de material certamente contribuiu para que os bebês tenham contraído infecção, causando impacto negativo nos resultados da assistência.



Para pensar

- Esse é um problema que deve ocupar a agenda do diretor-geral da Maternidade e do coordenador da Visa?

Problema bem estruturado: é aquele cuja solução é conhecida. Com frequência, problemas classificados como bem estruturados são o reflexo de outros problemas complexos. Exemplo: desabastecimento no hospital. É possível saber como e o que um hospital deve comprar, mas o desabastecimento no hospital pode ter como causas o contingenciamento dos recursos financeiros, ou a baixa prioridade atribuída àquele hospital pelas autoridades sanitárias locais.

A solução para esse problema é conhecida: há que se dispor de lavatório e de material de consumo para a lavagem das mãos (requisitos estruturais), e os profissionais devem utilizar a técnica correta de lavagem das mãos (requisito relacionado ao processo). Mas esses consistem em problemas de solução conhecida e consensual. Logo, podemos dizer consistem em **problemas bem estruturados**, que devem estar na esfera de preocupação:

- dos técnicos do berçário (lavatórios e material);
- do pessoal da arquitetura hospitalar (lavatórios);
- do pessoal do setor de compras e almoxarifado (material);
- dos agentes públicos de vigilância sanitária que realizam a inspeção.

Senão, o diretor-geral nunca vai conseguir pensar o futuro da organização... E vai se sentir um 'bombeiro'. Quanto ao coordenador da Visa, este precisará pensar que a emissão de um auto de infração não significa a correção automática dos problemas; deverá pensar também nas estratégias que precisará adotar para a melhoria da segurança e da qualidade da atenção daquele serviço e de outros similares.

Para a organização planejar e enfrentar adequadamente os problemas, é necessário que se descentralize o seu enfrentamento. Isso quer dizer que cada problema deve ser tratado no nível gerencial a que ele pertence, evitando-se assim 'rolar' problemas para o alto. Assim, a agenda do dirigente vai estar disponível para que ele trate dos problemas estratégicos da organização.

Dos dois problemas apresentados (baixa expectativa de vida e mortes na Maternidade X), podemos tirar algumas conclusões e inferir algumas questões sobre a tipologia dos problemas:

- Existem problemas de solução conhecida e universalmente aceita, que são os bem estruturados. Inferimos que deve existir uma outra classificação para os que não são bem estruturados. São os chamados 'problemas mal estruturados'.
- Existem problemas finalísticos que têm impacto direto sobre os resultados organizacionais. Inferimos que deve existir uma outra classificação para os

problemas que se relacionam indiretamente com os resultados organizacionais. São os chamados ‘problemas intermediários’. De modo geral, os problemas relacionados aos processos administrativos internos da organização são problemas intermediários (por exemplo, os baixos salários do pessoal do hospital e da Visa).

- Sabemos que alguns problemas se apresentam hoje e que outros surgirão futuramente, nem que seja como resultado do chamado ‘intercâmbio favorável de problemas’. São ‘problemas potenciais’, que é estratégico enfrentar.

Então, quais são as categorias de problemas que podem se apresentar e que devem ser enfrentados com os diferentes tipos de planejamento?

- Bem estruturados ou mal estruturados.
- Finalísticos ou intermediários.
- Atuais ou potenciais.

Essas categorias de problemas podem ser combinadas entre si, segundo o quadro abaixo:

Tipologia dos problemas	Tipo de planejamento proposto
Finalísticos e bem estruturados	Normativo
Intermediários e bem estruturados	
Atuais e bem estruturados	
Finalísticos e mal estruturados	Estratégico
Intermediários e mal estruturados	
Atuais e mal estruturados	
Potenciais	

Para identificarmos problemas em nossos serviços de saúde, podemos utilizar os dados epidemiológicos, nossa capacidade de observação e experiência e as informações da nossa clientela. Se quisermos trabalhar de uma forma participativa, podemos utilizar, por exemplo, a técnica de *brainstorming* ou ‘tempestade de idéias’, com um grupo selecionado de profissionais. Chegaremos a uma listagem de problemas. Essa listagem pode ser desmembrada em grupos de problemas (num Agrupamento por afinidades ou mesmo num **Diagrama de Ishikawa**, também chamado Diagrama de causa-efeito ou Espinha de peixe), como veremos na ‘Caixinha de Ferramentas’. Muitas delas são comuns ao planejamento e à gestão da qualidade...

Mas, lembremo-nos de que planejar é, também, definir prioridades. Como alguns problemas serão mais graves que outros, teremos que colocá-los em uma ordem de



Atenção

É claro que a vida organizacional, principalmente no campo sanitário, não se molda em um quadro rígido como o anterior. O quadro serve apenas como recurso didático. Até porque os problemas bem estruturados que identificamos no campo do planejamento e da gerência em saúde costumam ser a ponta de um *iceberg* de um problema mal estruturado mais amplo...

Brainstorming, Técnica do grupo nominal, Matriz de seleção de problemas, Diagrama de Ishikawa: você vai encontrá-los na Caixa de Ferramentas.

prioridades. Isso pode ser feito também coletivamente, utilizando-se a **Técnica do grupo nominal**, ou mesmo mediante uma **Matriz de seleção de problemas**. Selecionado o problema a ser prioritariamente enfrentado, trataremos então de 'explicá-lo'.

Não pretendemos, aqui, ensinar um método de planejamento por problemas em toda a sua plenitude. Mas apresentamos um roteiro que pode auxiliá-lo no levantamento, identificação, seleção e priorização, bem como na explicação de problemas do serviço de vigilância em que você trabalha.

Explicação situacional: difere do diagnóstico, que se pretende 'neutro' e 'científico'. É a explicação feita por um ator social, de uma realidade ou de um problema, de maneira 'interessada'. Ou seja, influenciada por seu interesse em agir. Ela se baseia na situação em que esse ator se encontra e deve ser abrangente, incorporando as explicações de outros atores envolvidos na geração, solução ou manutenção do problema.

Trabalhar com a explicação do problema representa o esforço de incorporar a explicação de outros atores importantes na geração e/ou na solução do problema em questão.

Por que não fazemos um diagnóstico, e sim uma **explicação situacional do problema?**

1. Porque partimos do princípio de que um problema a ser enfrentado com planejamento estratégico não é um problema simples, com uma causa única. Apresentamos o exemplo dos óbitos dos dez bebês por infecção hospitalar por falta de equipamento e material para lavagem das mãos, apenas para simplificarmos, didaticamente. Na realidade, sabemos que a infecção hospitalar é um problema com várias causas...

Para explicar um problema, é necessário que façamos, sucessivamente, uma série de perguntas do tipo 'Qual é a causa disto?' ou 'Por quê?'. Assim, poderemos eleger causas que sejam importantes na geração do problema, em vez de ficarmos atuando sobre fatos ou consequências.

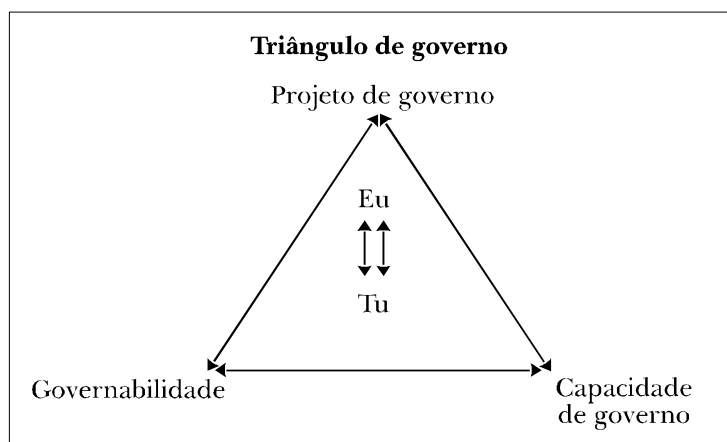
2. Porque, em se tratando de problemas no campo da gestão em saúde, nenhum diagnóstico 'científico' é neutro. Ele vai estar sempre referido à situação do ator e impregnado pela sua visão de mundo. Então, nossa explicação do problema precisa considerar a explicação de outros atores sociais envolvidos ou a se envolverem com o problema.

Por fim, restam uns conceitos importantes de planejamento estratégico situacional a tratar:

- Governabilidade.
- Capacidade de governo.
- Projeto de governo.

Esses três conceitos estão intimamente relacionados. Já ouvimos falar muito de governabilidade: "Há uma crise de governabilidade..."

Quanto melhor a qualidade de um plano, maior a governabilidade de um dado ator social para a execução de seu projeto. Quanto maior a capacidade de governo, maior a governabilidade, visto que há um maior domínio dos recursos, por exemplo, cognitivos. Para representar graficamente essa estreita relação e o seu dinamismo, Carlos Matus utilizou o chamado Triângulo de governo.



No diagrama acima, Eu e Tu, interligados por setas de duas pontas, representam as interações existentes entre os vários atores sociais que planejam. As setas que compõem os lados do triângulo representam as interações entre governabilidade, capacidade de governo e projeto, ou seja, elas enfatizam o caráter dinâmico dessas interações.

Na prática, quando aplicamos os conceitos de governabilidade e de capacidade de governo aos nossos serviços de saúde, eles se fundem para representar as capacidades e competências que a nossa organização possui para dar conta de sua missão. Neste texto, a missão da organização não é uma definição mobilizadora expressa em um ou mais parágrafos; ela se encontra refletida no perfil de atividades do serviço e na sua estrutura organizacional, seja ele um hospital ou um serviço de vigilância. Por sua vez, o perfil de atividades é condicionado pelos recursos físicos, humanos e tecnológicos de que ele dispõe para dar conta da sua missão. Os recursos do serviço integram as capacidades e competências e são organizados de uma certa forma. A forma de organização dos recursos reflete o processo de divisão do trabalho e representa a estrutura organizacional do hospital, que não deve ser reduzida ao seu organograma, conforme veremos no texto sobre organizações.



Para saber mais sobre PES, busque o texto de Sá e Pepe (2001) que consta da lista de referências bibliográficas.

A missão da organização e os problemas que a afetam devem se refletir na agenda do dirigente, que deve ser prioritariamente voltada para enfrentar os problemas estratégicos. Uma agenda repleta de urgências e 'incêndios' denota a precariedade do processo de planejamento e/ou a excessiva centralização do processo decisório na organização.

Carlos Matus apresenta um modelo de análise organizacional em que missão, estrutura organizacional (como o trabalho é dividido e coordenado) e governabilidade (capacidades e competências) interagem e representam três das quatro regras básicas da organização, que contribuem para a sua estruturação. A quarta regra é a **responsabilidade** em relação aos resultados organizacionais, que pode ser avaliada como alta, média ou baixa.

O grau de responsabilidade se expressa, em grande parte, pela existência (ou inexistência) de mecanismos de petição e prestação de contas relativas ao que:

- cada parte da organização produz, com que nível de qualidade e em que prazos;
- cada parte da organização realiza, com os recursos de que dispõe;
- o conjunto da organização realiza em relação ao objetivos preestabelecidos.

Responsabilidade: no senso comum é atributo individual. No texto em questão, abrange a responsabilidade individual (responsabilidade subjetiva) e organizacional (responsabilidade objetiva) com os resultados. Em substituição ao termo 'responsabilidade', vem sendo crescentemente empregado o termo 'responsabilização'. Este último significa, também, o dever de prestar contas à sociedade.

Para o planejamento, pouco adianta tratar de declarações genéricas sobre o que uma organização deve ou não deve fazer e como deve fazer. Quanto mais claros e de conhecimento geral forem os objetivos a serem alcançados e mais alta a responsabilidade com os resultados organizacionais, maior será a demanda por planejamento na organização. Em resumo, uma organização que não demanda por planejamento provavelmente não apresentará uma alta responsabilidade com os resultados organizacionais. Permanecerá atendendo a demandas, que tendem a ser crescentes, sem planejar o seu futuro.



Para pensar

- Como você avalia o seu serviço de vigilância em relação à responsabilidade com os resultados e à demanda por planejamento?

Até agora, abordamos os tipos de planejamento e buscamos justificar a pertinência da aplicação dos princípios e conceitos de planejamento estratégico ao campo da saúde, área com muitos problemas complexos e multicausados. Fizemos isso mediante a exploração das sete perguntas formuladas no início deste estudo e a necessidade de abordá-las todas, no processo de planejamento. Mas o estudo sobre planejamento não termina aqui, e o nosso assunto é planejamento e programação da vigilância sanitária... Por enquanto, afirmaremos que programar também é planejar, e que a programação também precisa ser estratégica e tem muito a ver com o planejamento da ação governamental a ser visto no texto de VILLA-FORTE, neste mesmo livro.

Resumindo

Segundo a teoria neoclássica da administração, o planejamento é uma função administrativa. Com ele buscamos construir o futuro mediante uma ação que se inicia no presente.

A demanda por planejamento é maior quando a organização se defronta com problemas ou oportunidades e quando é alta a sua responsabilidade com os resultados organizacionais.

O planejamento pode ser normativo ou estratégico. Este pode ser classificado como Corporativo ou Estratégico Situacional (PES). Na área social, em que a saúde se inclui, os problemas são complexos e mal estruturados, daí a necessidade de conhecer e aplicar os conceitos do PES, que é um enfoque predominantemente político, visto que sua categoria central é o poder. Este não se restringe ao poder econômico nem ao poder administrativo, mas, para o PES, o poder também se expressa como capacidade de ação, de mobilização, de produção de fatos.

O PES não trabalha com o conceito de diagnóstico, e sim com o de explicação situacional. O primeiro relaciona-se com o raciocínio médico, por identificar a causa e propor a ação corretiva (ou paliativa). A explicação situacional busca ser mais abrangente, incorporando as explicações dos vários atores sociais envolvidos na geração, manutenção ou resolução do problema. Para o planejamento estratégico situacional, o que se busca é um intercâmbio favorável de problemas, ou seja, resolver um problema grave e defrontar-se com outro menos grave que o primeiro.

Em última instância, o que se quer com a aplicação do planejamento à Visa? Que ela seja mais efetiva em suas práticas e que sua ação se torne mais resolutiva, exercendo seu papel de proteção e de promoção da saúde. Por outro lado, desejamos também que os diversos serviços de vigilância se estruturam melhor. A discussão sobre o planejamento não se esgota aqui. Há mais o que ver em planejamento e programação orçamentária.

Roteiro simplificado de planejamento

Propomos, a título de exemplo, um roteiro que lhe permitirá desenvolver um processo participativo de planejamento. Se ele será normativo ou estratégico, isto poderá ser visto pelo seu conteúdo e pelas análises que serão feitas ao longo do processo. Adiantamos que planejar de forma participativa não é tarefa fácil, visto que exige o domínio de alguns instrumentos, que poderão ser encontrados na Caixa de Ferramentas, assim como exige que sejam assumidas coletivamente as responsabilidades.

I - Identificando, selecionando e priorizando os problemas

Identifique profissionais que conheçam bem o serviço e/ou o problema e tenham um bom grau de dedicação e compromisso institucional, ou convoque sua equipe de direção. O número de pessoas deve ser limitado em torno de dez a 15. Preferencialmente, procure que o grupo tenha uma composição multiprofissional e seja bastante representativo.

O levantamento de problemas inicia-se com um *brainstorming*, para o qual deve ser apresentada uma pergunta previamente formulada. Essa formulação deve ser objeto de cuidado, visto que, se for mal formulada, as respostas dos participantes serão pouco úteis. Um exemplo de pergunta pode ser: 'Quais são os problemas que afetam a qualidade da assistência prestada no nosso hospital?', ou 'Quais são os principais problemas que devemos enfrentar?'.

Findo o *brainstorming*, vocês obterão uma listagem de problemas e terão três caminhos a seguir, que não são, necessariamente, excludentes:

a) Aplicar a técnica do grupo nominal, se a listagem for muito extensa. Como esta é uma técnica de geração de consenso que abrange discussão e votação anônima (atribuição de um valor de 9 a 0 ou de 5 a 0 aos problemas), após a sua aplicação vocês terão um menor número de problemas (os problemas semelhantes serão agrupados e alguns eliminados, desde que todos concordem durante a fase de discussão) segundo uma hierarquia de importância – do que obteve maior valor para o que obteve menor valor. Desse processo resultará uma listagem hierarquizada por ordem de importância. Chamamos aqui a atenção para o fato de que essa listagem poderá ser diferente, se a composição do grupo for diversa.

b) Agrupar os problemas segundo as afinidades que eles apresentam entre si (diagrama de afinidades), se a listagem for muito extensa. Os critérios para o agrupamento podem/devem ser construídos coletivamente pelo grupo. Caso você queira, os problemas podem ser agrupados conforme o exemplo dado na Caixa de Ferramentas: mão-de-obra, material, método, maquinaria ou equipamentos etc.

c) Aplicar uma matriz de seleção de problemas, depois de discutir e depurar a listagem de problemas. Apresentamos adiante uma matriz de seleção de problemas, mas outros critérios de avaliação podem/devem ser utilizados. Como exemplo, num contexto de escassez de recursos financeiros pode ser introduzido o critério 'consumo de recursos financeiros'. Cada critério será aplicado a cada problema (no sentido horizontal da tabela). Quando da análise para seleção do(s) problema(s) a ser(em) enfrentado(s), a matriz deve ser analisada globalmente, como no exemplo a seguir:

Problemas	Valor (relevância do problema)	Governabilidade do ator sobre o problema	Resposta de outros atores com governabilidade sobre o problema	Custo de postergação da solução	Tempo de maturação do problema	Problema selecionado (Sim ou Não)
1						
2						
3						
4						
...	...	...	...			...
n						

Algumas observações sobre esses critérios:

- Valor: estimado em alto, médio ou baixo.
- Governabilidade do ator sobre o problema: considerar o controle que o ator tem sobre os recursos necessários para atacar o problema. Estimada em alta, média ou baixa.
- Resposta de outros atores com governabilidade: esses atores podem ser indiferentes, favoráveis ou contrários.
- Custo de postergação da solução: o custo pode ser econômico, político, social etc. Estimado em alto, médio ou baixo.
- Tempo de maturação dos resultados: pode ser dentro ou fora do período de mandato. Para um ator que se mova estrategicamente para acumular forças ou ganhar posições, pode não ser interessante atacar um problema de alto valor se os resultados aparecerem fora do período de sua gestão. Isso não é desejável, mas pode/costuma ocorrer.

A aplicação dos critérios da matriz de seleção de problemas não é um ritual, nem serve apenas para selecionar ou não um dado problema. Os critérios 'governabilidade do ator' e 'resposta de outros atores com governabilidade sobre o problema' fornecem uma avaliação preliminar de viabilidade. Ao mesmo tempo, representam uma oportunidade para se começar a pensar em estratégias a serem empregadas para mudar a resposta dos outros atores com governabilidade sobre o problema, se eles são indiferentes ou mesmo contrários.

2 – Descrevendo o problema

Uma vez selecionado o problema a ser atacado, quanto mais precisamente nós o enunciarmos e o descrevermos, mais facilidade teremos para pensar o que fazer (as operações e ações) e para avaliar o impacto de nosso plano. Descrever o problema é caracterizá-lo, mostrar objetivamente, mediante indicadores qualitativos e/ou quantitativos, como ele se expressa e indicar as fontes de verificação de onde esses dados procedem. Outro objetivo da descrição do problema é evitar que ele tenha mais de uma interpretação (isto ocorre com frequência quando se lê só o enunciado do problema). 'Um princípio deve ser seguido': não deve haver relação causal entre os descritores. Vejamos um exemplo.

O contexto

Um hospital geral do Ministério da Saúde, com Emergência e vários centros de tratamento intensivo (UTI, Unidade Coronariana, Centro de Queimados) foi municipalizado recentemente, e lhe foi imposta uma realidade gerencial e administrativa substancialmente diferente da que gozava anteriormente, com perda significativa da autonomia. Como hospital público, está sujeito à legislação em vigor sobre compras e contratações de pessoal e serviços. Com a integração à rede municipal, o hospital reduziu suas barreiras à entrada – entre outras coisas, tornou mais flexível a triagem de pacientes que fazia para a Emergência (para adequar-se à forma de funcionamento do restante da rede municipal). Reunida a equipe, foram listados os problemas e resultou a escolha de um problema a ser enfrentado.

O problema

Incapacidade de atender à demanda com nível adequado de qualidade, principalmente no serviço de emergência.

Descritores iniciais do problema

- Média de permanência elevada, tanto nas clínicas cirúrgicas quanto nas clínicas médicas.
- 95% dos atendimentos realizados na Emergência não consistiam em urgência/emergência.
- Taxa de infecção hospitalar alta – maior que 20%.
- Tempo de espera elevado para o atendimento na Emergência.
- Ocorrência de óbitos evitáveis (n óbitos evitáveis no período x).

Fontes de verificação: prontuários dos pacientes, relatórios de enfermagem e das comissões de controle de infecção hospitalar e de revisão de óbitos; estatísticas do Same (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) e boletins de atendimento da Emergência.

3 - Explicando o problema e definindo a intervenção

Para explicar o problema, são identificadas, inicialmente, as causas dos descritores. Segue-se uma série de perguntas do tipo: 'Qual é a causa disso?', ou 'O que causa isso?'. À medida que você vai procedendo assim, vai identificando as causas dos problemas. Sua explicação será tanto melhor quanto mais abrangente ela for. Essas causas podem ser agrupadas em um diagrama de causa e efeito, conforme apresentado na Caixa de Ferramentas.

Se são muitas as causas, você não conseguirá atacá-las todas de uma vez. Como algumas causas, certamente, são mais importantes que outras na determinação dos problemas e dos descritores, você vai precisar identificar aquelas sobre as quais vai atuar. São os chamados 'nós críticos'. Para escolher um nó crítico (que é uma causa importante), é preciso utilizar três critérios, que devem ser satisfeitos simultaneamente:

- Apresentar alto impacto sobre os descritores do problema, ou seja, se atuarmos sobre essa causa os descritores do problema serão modificados.
- Ser um centro prático de ação, ou seja, ser possível atuar sobre ele.
- Ser um centro oportuno de ação política durante o período do plano, ou seja, é necessário analisar o custo político da intervenção (em termos políticos, o que se perde e o que se ganha com essa intervenção).

4 - Identificando o que fazer (as operações necessárias) para enfrentar o problema

A definição de um problema costuma trazer implícita a sua solução, ou o que se imagina que seja a sua solução. Todavia, é desejável que seja feito um esforço sistemático para pensar o que fazer. O processo de identificação do que fazer (as operações) pode se basear também em um *brainstorming*, se você deseja identificar operações criativas. Mas, de todo modo, para cada operação devem ser identificados os recursos necessários, os prazos, os responsáveis, e devem ser apontados os resultados desejados.

Algumas operações podem contrariar algum ator. São as chamadas operações conflitivas ou conflituosas. Neste caso, deve ser analisado o peso político do ator que terá seu interesse contrariado, e devem ser escolhidas as estratégias para se trabalhar nessa situação (persuasão, negociação, confronto, cooptação etc.).

5 - Acompanhando a execução do plano

Definido o que fazer, é necessário monitorar a execução do plano. Esse monitoramento precisa ser feito levando-se em conta:

a) O desenvolvimento de cada operação. Mesmo estando definidos o responsável, os recursos e os prazos, isto pode não ser suficiente para um adequado cumprimento do plano.

b) O alcance dos resultados. Há que se pensar que há resultados intermediários que podem ser alcançados ao longo da execução do plano.

Dissemos, aqui, que a mudança dos descritores serve como parâmetro ou indicador para a avaliação; mas, para o acompanhamento sistemático do plano, outros indicadores também podem ser pensados. Monitorar a execução representa a possibilidade de redirecionar as ações e adequar o conteúdo do próprio plano. Deixar a avaliação para o final pode não ter grande utilidade prática.

Caixa de Ferramentas

Brainstorming

É uma técnica utilizada para gerar uma razoável quantidade de idéias, alternativas ou propostas acerca de um assunto, questão ou problema. Seu uso pode resultar em:

- Geração de idéias novas pelo exercício criativo de um grupo.
- Aumento da participação dos membros de uma equipe na identificação de problemas e de causas e na geração de soluções. Logo, ele serve para estimular a gestão participativa.
- Construir novas idéias a partir de idéias dos outros ('carona').
- Gerar idéias inovadoras e polêmicas, possibilitadas pela ausência de julgamento das sugestões.

A geração das idéias se dá por ação espontânea do grupo através de um 'processo administrado e conduzido'. Proibições: criticar, censurar o outro e autocensurar-se.

Previamente:

1. Identifique as pessoas que participarão do *brainstorming*. Esse grupo deve ser composto por quem conhece a questão a ser discutida, bem como por aqueles que direta ou indiretamente são por ela afetados.
2. Escolha uma ou duas pessoas do grupo para auxiliar a condução do processo de *brainstorming*;
3. Formule o problema que será objeto do *brainstorming* e a pergunta que permitirá abordá-lo.

Roteiro

1. Exponha de forma clara e concisa o objetivo do *brainstorming*. Escreva o problema (ou a pergunta formulada) em um quadro ou *flip-chart* onde todos os participantes possam ver.
2. Exponha as regras a serem seguidas durante o processo de geração de idéias.
3. Determine o tempo de duração da sessão (você poderá estender esse prazo caso ainda estejam sendo geradas idéias novas ao seu término).
4. Inicie o processo de geração utilizando a técnica de *brainstorming* estruturado, não estruturado ou silencioso (*brainwriting*).
 - Estruturado: a palavra vai passando, um a um, entre cada membro do grupo – o que organiza o trabalho –, mas algumas pessoas podem sentir-se pressionadas a criar idéias.
 - Não estruturado: a qualquer momento os participantes podem se expressar – às vezes há um certo tumulto, mas as idéias fluem com maior liberdade.
 - Silencioso: as idéias são escritas num papel que circula entre os participantes – estimulando a complementação das idéias ('carona').
5. Escreva todas as idéias apresentadas pelos participantes em um quadro ou *flip-chart*, evitando, tanto quanto possível, modificar sua redação.
6. Quando um número suficiente de idéias for gerado ou quando novas idéias não forem mais produzidas, interrompa o processo. Em seguida, você poderá eliminar as idéias iguais e juntar, quando possível, idéias complementares, com a finalidade de elaborar uma lista consistente. Todo esse trabalho deverá ser realizado com a participação e aceitação do grupo, procurando sempre atingir o consenso.

Diagrama de afinidade

O Diagrama de afinidade é utilizado para organizar informações obtidas geralmente mediante uma sessão de *brainstorming*. Ele propicia:

- Ampla visualização das informações e das suas relações.
- Direcionamento do trabalho. Ao agrupar as informações em categorias gerais (famílias ou pilhas), ele funciona no sentido inverso ao do Diagrama de causa e efeito. Neste, a partir de uma categoria ou família, são identificados seus vários fatores componentes.

O Diagrama de afinidade é usado principalmente para:

- Organizar e dar estrutura a uma lista de fatores que contribuem para a ocorrência de uma dada situação ou problema.
- Identificar áreas em que a melhoria é mais necessária (identificação de problemas e oportunidades de melhoria).

Roteiro

1. Constitua um grupo que entenda do assunto e explique o objetivo a ser atingido.
2. Anote as idéias em papel adesivo ou em pequenos cartões (tarjetas).
3. Exponha as idéias em um quadro ou cole-as em papel pardo.
4. Cada membro, na sua vez, vai colocando em colunas os itens que lhe parecem ter afinidade.
5. Outro participante pode discordar e movê-lo para outro lugar.
6. Se uma idéia pertencer a mais de uma categoria, duplique o cartão ou papel adesivo.
7. Continue classificando as idéias até conseguir consenso.
8. Titule cada categoria formada.
9. Desenhe o diagrama de afinidade.
10. Revise o diagrama, se necessário.

Observação: o Diagrama de afinidade tanto pode ser construído utilizando as categorias usuais do Diagrama de causa e efeito, quanto com base nas relações de afinidade entre as idéias, de modo que seja gerada uma 'pilha' de idéias ou problemas. Neste último caso, para cada 'pilha' deve ser criado um enunciado que seja representativo (no caso da lista inicial ser composta de problemas, pode ser criada para cada pilha um problema-título).

Diagrama de causa e efeito

É também chamado de Diagrama de Ishikawa ou Espinha de peixe. Serve para ilustrar graficamente a relação entre determinado resultado (efeito) e os fatores (causas) que o influenciam. O resultado dos fatores pode ser positivo (se for um objetivo a alcançar) ou negativo (se for um problema que está sendo estudado). Auxilia na apresentação das relações entre as partes e o todo. Sua construção e uso têm como objetivos:

- Determinar os fatores que causam um resultado (efeito) positivo ou negativo.
- Focalizar a reunião de trabalho numa questão específica, evitando perda de tempo com queixas, reclamações e discussões irrelevantes.
- Determinar a causa principal de um determinado efeito.
- Identificar as áreas em que há falta de dados.

Roteiro

1. Defina o efeito a ser analisado e escreva-o na caixa do lado direito do diagrama, que corresponde à cabeça do peixe. Conforme dito anteriormente, o efeito pode ser positivo (objetivos) ou negativo (problemas).

2. Relacione as famílias ou categorias de fatores que influenciam o efeito a ser estudado. Trace tantas linhas quantas forem as famílias a serem consideradas. Essas linhas correspondem às espinhas principais do peixe.

Geralmente, os fatores são agrupados em sete famílias (6 M são oriundos das palavras em inglês *manpower*, *machine*, *method*, *material*, *money*, *management*, o sétimo M é uma adaptação ao português, significando meio ambiente). Essas famílias agrupam:

- **Manpower** - fatores relacionados com o trabalho humano – pessoal operacional, *staff* etc.
- **Material** - fatores relacionados com o material utilizado.
- **Method** - fatores relacionados com o método de trabalho, os procedimentos, as rotinas, as instruções de serviço etc.
- **Machine** - fatores relacionados com as máquinas, os equipamentos, as plantas industriais etc.
- **Management** - fatores relacionados ao gerenciamento do processo, às políticas da organização, aos regulamentos etc.
- **Money** - fatores relacionados aos recursos financeiros utilizados no processo.
- **Meio ambiente** - fatores externos que influenciam, por exemplo, o desenvolvimento do processo: espaço físico, *layout*, temperatura, iluminação, ruído, gases, resíduos industriais, poluição, lixo etc.

É possível que alguns dos fatores identificados pertençam a mais de uma família e devam ser representados nos diversos ramos correspondentes. No setor público da saúde, é usual trabalhar com mão-de-obra (ou recursos humanos), equipamentos, material, procedimentos (métodos), gerência e ambiente.

3. Identifique os fatores (causas) através de um processo de geração de idéias, como, por exemplo, um *brainstorming*.

4. Os fatores identificados no processo de geração de idéias, depois de depurados, devem ser agrupados por similaridade nas categorias previamente definidas. São, então, representados graficamente, no diagrama, nos ramos correspondentes às famílias às quais pertencem. Investigue até identificar a(s) causa(s) principais.

Analise o diagrama, dando maior atenção aos fatores que aparecem representados em mais de uma categoria. Uma causa principal pode ser responsável pela maioria dos seus problemas.

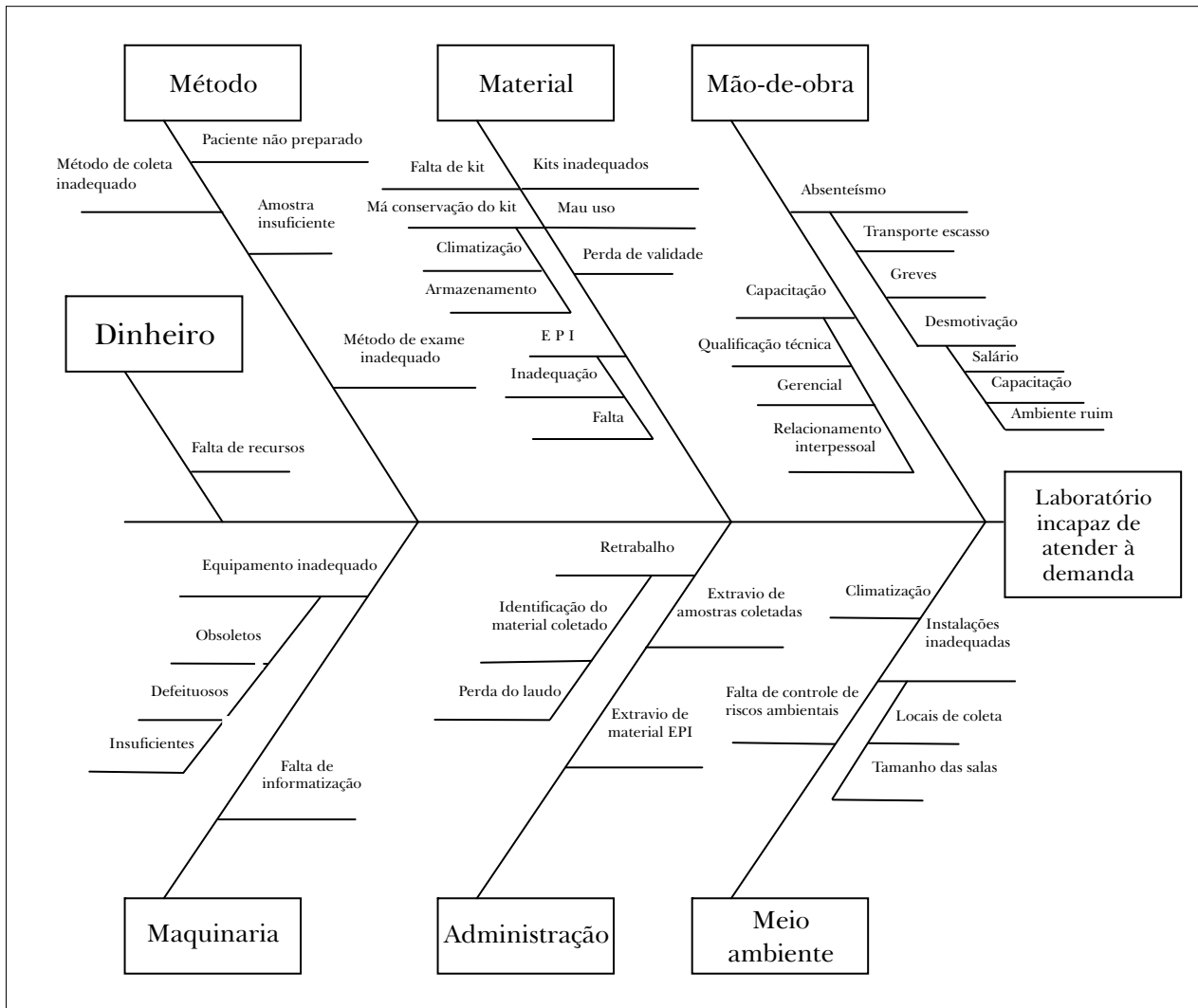
Dica

Sempre que for possível, transforme o efeito negativo em positivo, para facilitar a discussão. Quando focalizamos a discussão em problemas, podemos produzir um ambiente propício a acusações, enquanto que se o foco for em resultados desejados, tornamos a atmosfera de discussão mais positiva, aumentando a criatividade do grupo.



Exemplo

Diagrama de causa e efeito obtido a partir de *brainstorming* e diagrama de afinidade, apresentados anteriormente:



Matriz GUT (Gravidade, Urgência, Tendência)

Esta ferramenta, desenvolvida por Kepner e Trigoe, é usada para a escolha de alternativas com base nos critérios de 'gravidade', 'urgência' e 'tendência'. Serve, geralmente, para priorizar a análise e a solução de um entre vários problemas de um processo.

1. Baseada em um critério de pontuação, que vai de 1 a 5 para cada dimensão, a matriz permite classificar as prioridades, segundo a ordem decrescente de pontos obtidos, dos problemas a serem atacados na melhoria do processo.

2. Os critérios de avaliação são 'gravidade', 'urgência' e 'tendência'. Use a seguinte referência para atribuição dos valores numéricos:

Peso	Gravidade	Urgência	Tendência
5	Enormes prejuízos e dificuldades	Requer tomada de ação imediata	Agravar-se imediatamente
4	Grandes prejuízos e graves dificuldades	Requer ação urgente	Agravar-se em pouco tempo
3	Prejuízos e dificuldades medianamente graves	Requer ação logo que possível	Agravar-se ao longo do tempo
2	Prejuízos e dificuldades sem muita gravidade	Requer ação mais tarde	Agravar-se lentamente
1	Prejuízos e dificuldades sem nenhuma gravidade	Não requer pressa na ação a ser tomada	Não vai se agravar

3. A maior pontuação é 125 pontos, que corresponde à multiplicação das notas máximas (5) atribuídas à gravidade (extremamente grave), urgência (ação imediata) e tendência (agravamento imediato). A menor pontuação seria 1 ponto, obtido pela atribuição do valor 1 aos três critérios avaliados.

4. Para cada um dos problemas levantados calcula-se a pontuação total como o produto dos três aspectos considerados. Por exemplo: um problema com gravidade 5, urgência 3 e tendência 2 ganharia 30 pontos ($5 \times 3 \times 2$). O problema prioritário é o que obtiver maior pontuação. Se houver empate, a escolha recai sobre aquele que tiver maior pontuação em gravidade e, em seguida, urgência.

5. A aplicação correta da Matriz GUT pressupõe uma ampla negociação entre os integrantes do grupo de melhoria, de forma a evitar uma votação que poderia não representar a verdade da priorização.

TGN - Técnica do Grupo Nominal

Processo estruturado de intercâmbio de informações que traduz a representatividade e as experiências anteriores de cada participante, praticamente sem competição. Destaca-se de outras técnicas grupais interativas por ser de fácil aplicação e de custo relativamente baixo.

A ênfase é colocada no *brainstorming*, já que estimula e persegue o processo criativo de produção de idéias. O controle e o acompanhamento do processo ficam a cargo de um coordenador que conheça o tema e tenha um cuidado especial na condução do trabalho, de modo a permitir a livre criação de idéias, intervindo o mínimo possível.

Previamente:

1. Definição de:

- objetivo da reunião do grupo;
- grau de abstração ou especificidade do tema;
- as diferentes alternativas de formulação da pergunta.

2. Aplicação da pergunta selecionada em grupo-piloto.

3. Seleção e convocação dos participantes (em torno de 7 a 10), que, obrigatoriamente, apresentem interesse pelo tema e experiência no assunto.

Roteiro

1. Reflexão em silêncio e redação de idéias

Tempo proposto: 15 minutos.

O coordenador formula (ou apresenta) a pergunta e solicita que os participantes elaborem o maior número possível de respostas, utilizando frases curtas e objetivas.

2. Apresentação das idéias

Tempo proposto: de 30 a 60 minutos, podendo haver prorrogação.

Cada participante apresenta a primeira das idéias elaboradas. Na segunda rodada, cada participante enuncia a sua segunda idéia, e assim sucessivamente. Ao final, o coordenador terá transcrito todas as idéias produzidas pelo grupo, na respectiva ordem.

A listagem deverá ser feita reproduzindo-se as mesmas palavras utilizadas pelo participante.

Não há comentários, discussão ou agrupamento de enunciados semelhantes.

3. Período de discussão

O objetivo é esclarecer, agregar e/ou eliminar algumas idéias. Há a possibilidade de cada participante justificar seu ponto de vista e comentar a importância dos elementos da lista. Cada item deve ser analisado ordenadamente, de forma a permitir uma compreensão adequada de seu significado e a lógica de argumentação.

Desde que os participantes concordem, podem ser agrupados os enunciados semelhantes.

4. Votação sobre a importância dos itens (individual e anônima)

Uma vez apresentada a lista final, pede-se a cada participante que selecione de cinco a nove itens, por ordem de importância. É atribuído um valor (de 5 a 1 ou de 9 a 1), de forma que o valor mais alto fique com o item mais importante. Se necessário, pode-se tentar obter um julgamento mais preciso mediante uma última discussão e votação final.

Cronograma ou gráfico de Gant

É um instrumento de planejamento e controle da realização. Serve para representar graficamente as etapas e respectivas metas de desenvolvimento, durante o planejamento, de tal modo que se possa avaliar visualmente sua coerência e viabilidade. E serve também, durante o desenvolvimento dos trabalhos planejados, para registrar graficamente a evolução, permitindo fácil visualização dos atrasos e antecipações.

Roteiro

1. Defina o intervalo de tempo para acompanhamento (limites inicial e final).
2. Defina a menor unidade de tempo a ser utilizada (dia, semana, quinzena, mês ou ano).
3. Desenhe a matriz com o número de linhas suficiente para relacionar os eventos e de colunas para contemplar o intervalo de tempo necessário ao seu acompanhamento.
4. Relacione na coluna correspondente todos os eventos a serem acompanhados.
5. Marque, através do desenho de uma barra horizontal, o intervalo de tempo previsto (P) para execução de cada uma das atividades.
6. Como se admite que existam situações que dificultam o andamento das etapas em seu tempo previsto, deve-se considerar o que for sendo realizado (R). Portanto, uma barra horizontal correspondente ao tempo efetivamente decorrido deve ser traçada nessa linha.

Referências bibliográficas

- ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. da S. & SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(4):723-740, 1997.
- CHIAVENATO, I. *Teoria Geral da Administração*. 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- FERREIRA, A. B. H. *Miniaurélio Século XXI: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000
- MATUS, C. O plano como aposta. *São Paulo em Perspectiva*, 5(4):28-42, out.-dez. 1991.
- MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.
- MATUS, C. *Adeus, Senhor Presidente: governantes governados*. Trad. L. F. Rodríguez del Riego. São Paulo: Fundap, 1996.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*, Parte III. São Paulo: Hucitec, 1994.

RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SÁ, M. C. & PEPE, V. L. E. Planejamento estratégico. In: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

A Gestão da Vigilância Sanitária

Marismary Horsth De Seta
José Agenor Álvares da Silva



Para início de conversa...

A Constituição Federal de 1988 consagrou as diretrizes de universalização, integralidade das ações e participação da comunidade, e os princípios organizativos de descentralização, hierarquização e comando único por nível de governo. No que se refere à Vigilância Sanitária (Visa), esses princípios e diretrizes não integraram a agenda de prioridades, e ela permaneceu à margem do processo político de negociação e pactuação no âmbito do setor Saúde.

Integrando o Sistema Único de Saúde (SUS) no plano institucional e legal, a Visa permaneceu, na prática, como um espaço restrito e resguardado, pouco permeável à participação da comunidade, consolidando uma atuação na esfera federal que se pautava pela fragmentação das ações e pela prioridade atribuída ao campo da vigilância de produtos e, em menor grau, à área de portos, aeroportos e fronteiras. Nesse sentido, a Visa pouco contribuiu para a (re)estruturação dos sistemas e dos serviços de saúde, demanda expressiva dos setores mais organizados da sociedade brasileira.

A descentralização, princípio fundamental para viabilizar os demais, e os mecanismos de financiamento e de repasses que vêm sendo implementados reforçam a necessidade de aumento da **capacidade de gestão** dos órgãos de Visa para a construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária mais efetivo, eficaz e eficiente, e para o alcance de seus objetivos de promover e proteger a saúde da população, construindo a cidadania.

A **gestão** no setor público da saúde é complexa, em parte, porque ele representa uma arena de interesses conflitantes: gestores públicos precisam reduzir gastos, ampliar a cobertura e incrementar a integralidade; fornecedores, fabricantes e prestadores de serviços pretendem maximizar seus lucros; cidadãos pleiteiam ou deveriam pleitear mais acesso e melhores produtos e serviços; a maioria dos governos pretende investir menos e obter

Capacidade de gestão representa o domínio de técnicas, métodos e habilidades necessárias para gerenciar uma organização ou processo de trabalho.

Uma das formas de definir **gestão** é abordá-la como capacidade de ação, de tomar decisões, de obter resultados. Segundo Motta (1991), os termos 'gestão', 'gerência' e 'administração' são sinônimos. A gestão não é um fim em si, mas uma atividade estratégica e indispensável para o estabelecimento de práticas sanitárias mais efetivas.

maiores benefícios, sobretudo políticos. Outra questão é que, no contexto das reformas administrativas, conhecimentos, métodos e técnicas gerenciais, gerados no setor produtivo da economia, são transpostos para o campo da gestão pública da saúde de forma mecânica. Nesse caso, a ênfase, se colocada exclusivamente na eficiência, faz perder de vista a 'obrigação de prestar serviço' e a 'obrigação de prestar contas à sociedade', que caracterizam a atividade no setor público. Mesmo com tantos conflitos, a gestão pública da saúde consiste, ainda, em atividade relativamente pouco profissionalizada. A indicação para os cargos se dá mediante critérios político-partidários, demonstração de competência técnica na sua área específica de trabalho, ou por critérios menos explícitos, principalmente na nossa sociedade, em que práticas de clientelismo e corporativismo são frequentes.

No caso da vigilância sanitária, além da complexidade que cerca a gestão em saúde, algumas características lhe conferem dificuldades adicionais. Existe uma baixa demanda social por ações de promoção e prevenção aliada a um grau potencialmente maior de conflitos, visto que parte importante do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro está sujeito a Visa. E, a despeito dos saberes acumulados pelos dirigentes dos órgãos de vigilância sanitária, não há uma tradição de exercício da função gerencial. Em decorrência, até a preocupação com a eficiência ainda é rudimentar. Sendo uma atividade típica do Estado, os controles burocráticos que caracterizam a administração pública brasileira e o **grau de formalismo** são componentes que, embora não privativos da vigilância sanitária, nela assumem grande vulto. Por outro lado, as ações de proteção e de promoção que caracterizam a Visa implicam atuação dentro e fora do setor Saúde, em um contexto de competências compartilhadas entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – e entre diferentes órgãos de uma mesma esfera de governo.

Formalismo: existência de muitas leis, regras e normas não cumpridas.

No seu papel de proteger e promover a saúde, cabe à Visa avaliar e intervir para que o produtor ou prestador disponibilizem produtos e serviços com qualidade e segurança sanitária. Conceder (ou não) autorizações, licenças e registros; aplicar penalidades; divulgar e esclarecer os profissionais e a população quanto aos possíveis riscos a que estão expostos são algumas das atividades inerentes à Visa. As primeiras significam a intervenção direta em interesses econômico-financeiros e no acesso a bens, produtos e serviços por parte da população. As ações de divulgação, comunicação e educação para a saúde são menos implementadas pela vigilância sanitária e, quando o são, têm menor visibilidade.

O texto está organizado da seguinte forma: na primeira parte, enfocamos as abordagens gerenciais, utilizando-as para realizar uma sucinta análise dos órgãos de vigilância sanitária. Na segunda parte, abordamos a descentralização das ações e aspectos referentes ao financiamento e aos repasses financeiros.

As abordagens gerenciais e as características dos órgãos de Visa: estado da arte

Apesar da precariedade das informações disponíveis, tentaremos tratar a gestão na área da vigilância sanitária com base nas contribuições teóricas do campo da administração, situando-as na realidade atual dos órgãos de vigilância sanitária.

Essas contribuições têm sido agrupadas em torno de perspectivas ou dimensões: racional, política, natural e **múltipla** (Lima, 2001).

A perspectiva racional da gestão enfatiza o estabelecimento de objetivos para a organização; o desdobramento desses em objetivos específicos, possibilitando a atividade de avaliação; a adequada divisão e coordenação do trabalho, que leve à estruturação da organização para dar conta dos seus objetivos. E, ainda, os processos de trabalho devem ser analisados, divididos e simplificados para possibilitar a padronização. A coordenação do trabalho ocorre principalmente mediante a hierarquia e os canais formais de comunicação vertical estabelecidos. Os principais instrumentos da dimensão racional são o planejamento, a programação orçamentária e de atividades, a avaliação sistemática dos resultados com base em informações e a seleção e capacitação da força de trabalho.

Na área da vigilância sanitária, os órgãos das esferas federal, estadual e municipal organizam-se com base em uma multiplicidade de formas. No nível federal, há a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uma **autarquia** especial que goza de autonomia administrativa e financeira. Seus dirigentes detêm mandato de duração definida, são indicados pelo Executivo e se submetem à arguição pelo Legislativo. Sua relação com o Ministério da Saúde, ao qual se subordina, é regulada mediante um **contrato de gestão**. O pequeno tempo de existência da agência, seis anos, dificulta uma análise mais aprofundada dos resultados por ela obtidos.

Apesar da polêmica que cercou, e ainda cerca, a constituição da Anvisa, no contexto da **reforma do Estado** empreendida no governo Fernando Henrique Cardoso são inegáveis os avanços, principalmente se comparados à estrutura anterior. Naquela estrutura, eram mínimas as possibilidades de controle gerencial dos escassos recursos e freqüentes injunções políticas levavam à descontinuidade político-administrativa e à rotatividade nos cargos.

A divisão interna do trabalho na agência obedecia, inicialmente, a uma lógica que se traduzia nas suas cinco diretorias: de Medicamentos; de Alimentos e Toxicologia; de Serviços de Saúde e Correlatos; de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Relações Internacionais, e de Administração. No entanto, desde a sua criação a estrutura da agência sofreu sucessivas modificações por meio de medidas provisórias, tornando-se os antigos diretores de áreas em diretores responsáveis (supervisores) por um determinado número de unidades organizacionais, sobre as quais eles exercem uma supervisão direta. A apreciação do

A **perspectiva múltipla**, uma abordagem de síntese em relação às outras três, não será abordada, devido ao objetivo mais analítico deste texto.

Sobre o conceito de **autarquia**, ver o texto ‘Noções de direito administrativo’.

Contrato de gestão ou Contrato de objetivos: instrumento que expressa compromissos pactuados entre o gestor central e uma organização, durante um certo período de vigência. Ele representa uma tentativa de vincular recursos financeiros ao cumprimento de metas, de viabilizar a prestação de contas e de estabelecer incentivos positivos e punições relativos ao cumprimento das metas estabelecidas.



Para saber mais sobre essa tentativa de reforma do Estado, ver o Plano Diretor da Reforma do Estado (Mare) ou o pensamento do próprio ex-ministro em PEREIRA, L. C. B. Reforma da gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... *Revista do Serviço Público*, ano 53, 1, jan.-mar. 2002.

Concurso público: o concurso, que supriria também as demais agências (ANA, Anatel, ANP etc.), permaneceu bastante tempo *sub judice*. Isso se deveu à forma de vínculo prevista para as agências: os concursados seriam empregados públicos (contratados mediante CLT), e não servidores públicos.

Na Paraíba, criou-se uma agência estadual, a Agevisa, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. Essa agência diferenciava-se da federal, entre outros fatores, por incorporar na sua estrutura a Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador. Atualmente, nota-se uma tendência à autarquização dos serviços de vigilância sanitária das esferas subnacionais de governo. Entretanto, diferentemente do caso paraibano, nem sempre as autarquias em processo de criação integram o SUS.

A LRF (Lei Complementar 101/2002) estabelece normas para a gestão das finanças públicas, o que implica limitação percentual dos gastos com pessoal nos orçamentos dos entes federados.

Os **Termos de Ajuste e Metas (TAM)** são a versão possível de um 'contrato de gestão' entre esferas de governo que gozam de autonomia assegurada constitucionalmente. Eles resultam de processos de negociação nas instâncias do SUS. As metas pactuadas contemplam riscos e problemas sanitários e estratégias para desenvolvimento institucional das vigilâncias sanitárias, tal como o desenvolvimento de recursos humanos. As metas finalísticas baseiam-se na inspeção sanitária. Os TAM serão abordados mais adiante no texto.

organograma disponível no *site* da Anvisa leva às hipóteses de acentuada especialização do trabalho e de dificuldade de integração das estruturas internas (gerências gerais). Isso repercute no imaginário das demais organizações do sistema de saúde como a existência de diversas 'agências' dentro de uma só.

O quadro de pessoal da Anvisa, inicialmente constituído por servidores do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde – lotados na extinta Secretaria de Vigilância Sanitária e redistribuídos para a agência –, seria formado mediante **concurso público**. Até a realização do concurso em 2004, a lei de criação da agência previa a contratação temporária, o que ocorreu com base em seleção pública.

Os órgãos estaduais e distrital de vigilância sanitária se organizam de forma diferenciada, compreendendo desde estruturas com maior autonomia administrativa e financeira (por exemplo: Paraíba, Bahia e Ceará e, em grau um pouco menor, São Paulo e Minas Gerais), até a extrema dependência administrativa do nível central da secretaria estadual. A maior parte desses órgãos integra a administração direta. Eles têm autonomia reduzida para gerir os recursos orçamentário-financeiros e, geralmente, ocorre baixa articulação com os demais órgãos da estrutura das secretarias estaduais. Muitos estados não dispõem de regionais de saúde ou instâncias similares, cabendo diretamente ao órgão central de Visa do estado a execução das ações que lhe são próprias, bem como as que não são desenvolvidas pelos municípios.

Alguns estados (por exemplo, o Rio de Janeiro) realizaram concurso público recentemente. No entanto, com a limitação do percentual de gastos com folha de pessoal, decorrentes da **Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)**, tendem a ser mais raras essas iniciativas. De modo geral, os estados vêm empreendendo esforços para capacitação do seu pessoal, o que consiste em ponto importante dos **Termos de Ajustes e Metas** assinados com a Anvisa.

Os órgãos municipais de vigilância sanitária encontram-se em situação de estruturação ainda mais heterogênea que a dos estados, reflexo da heterogeneidade de nossos mais de cinco mil municípios brasileiros, dos quais boa parte tem menos de dez mil habitantes. Há municípios grandes e médios com estruturas de vigilância sanitária. Todavia, a maior parte dos pequenos municípios tem dificuldade em implementar ações de Visa. A reduzida capacidade de arrecadação desses municípios faz com que eles sejam dependentes dos repasses financeiros federais para o funcionamento dos seus sistemas locais de saúde, o que resulta em dificuldades para dispor e fixar recursos humanos em seu território para atividades de assistência à saúde, que dirá para a vigilância sanitária... Algumas alternativas vêm sendo propostas para aumentar a cobertura das ações de Visa pelos municípios, entre as quais a absorção de algumas das atividades pela equipe de saúde, incluindo as equipes de

saúde da família, o que viria a incrementar a **integralidade** e a formação de consórcios intermunicipais. No entanto, essas alternativas não são consensuais nem de fácil implementação.

Podemos, preliminarmente, concluir que a dimensão racional da gestão, reconhecida como pouco valorizada nas organizações de saúde, no caso da vigilância sanitária vem sendo implementada, seja na esfera federal, seja na estadual. No entanto, essa implementação é dificultada pela diferença de graus de autonomia e de controle de recursos (governabilidade) existente entre a esfera federal e as esferas estadual e municipal.

A perspectiva política da gestão enfatiza a explicitação dos diversos interesses existentes para possibilitar o estabelecimento de 'consensos mínimos' para a ação organizacional e o tratamento dos conflitos. Outra categoria central da abordagem política da gestão é o poder. Este não é considerado um atributo pessoal, mas fruto das relações entre pessoas e entre instituições. São fontes de poder o controle de recursos financeiros, de informação, conhecimento técnico, a autoridade formal (hierarquia) e a formação de alianças e coalizões.

O poder na vigilância sanitária encontra-se compartilhado e desigualmente distribuído entre os órgãos das três esferas de governo. A Anvisa tem uma considerável capacidade financeira, principalmente se comparada à estrutura federal anterior, conforme veremos adiante, quando tratarmos do financiamento. Mas, para cumprir seus objetivos, o órgão federal não pode prescindir da atuação da esfera estadual, e esta, da municipal, caracterizando uma situação de interdependência, em que o elo mais frágil politicamente é o município.

Como instâncias deliberativas no SUS, temos os conselhos Nacional (CNS), Estadual e Municipal de Saúde, que congregam representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Com caráter permanente e deliberativo, os conselhos têm atribuições que vão da formulação de políticas à fiscalização da movimentação financeira dos recursos destinados à saúde. Devido à alta prioridade social atribuída às questões relacionadas à assistência e a outras ações preventivas, a vigilância sanitária tem ocupado pouco a agenda dos conselhos. Ilustra esse fato o caso da **Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia**, subordinada ao CNS, instituída apenas recentemente.

Na área específica da vigilância sanitária, existem o **Conselho Consultivo da Agência** e a Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). O primeiro é integrado por representantes da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, dos produtores, dos comerciantes e da comunidade científica. Suas competências, formalmente definidas, são: propor diretrizes e

Integralidade aqui é empregada com o sentido de integração entre atividades curativas e preventivas, terapêuticas e de proteção e promoção da saúde.

Embora a **Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia** seja uma das previstas na Lei 8.080/90, várias comissões foram constituídas e funcionam regularmente. A de vigilância funcionou durante um curto espaço de tempo, e apenas recentemente foi (re)constituída e teve sua primeira reunião em 28 de junho de 2005.

Conselho Consultivo da Agência: os seus membros são designados mediante portaria do ministro da Saúde e, atualmente, compreendem também o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) e o Procon (Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor). Para saber a composição atual: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/conselheiros.htm>>.

recomendações técnicas à diretoria colegiada da Anvisa; opinar sobre as propostas de políticas governamentais na área de vigilância; apreciar e opinar sobre os relatórios anuais da agência; requerer informações e fazer proposições sobre os bens, produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária.

A Câmara Técnica de Vigilância Sanitária é um órgão assessor do Conass. Sua finalidade é a promoção de “estudos, de intercâmbio de experiências e de proposições de normas, com a finalidade de subsidiar a formulação de políticas e de estratégias específicas” (artigo 45 do estatuto do Conass). É integrada pelos coordenadores estaduais dos respectivos órgãos. Na prática, tem representado o *locus* de explicitação de interesses da esfera estadual de vigilância, tendo sido o interlocutor privilegiado da Anvisa, até 2003, nas questões a serem negociadas e pactuadas. No entanto, a Câmara Técnica de Vigilância Sanitária não representa uma instância formal de explicitação de interesses e de pactuação para a área de vigilância sanitária, por congrega apenas a esfera estadual.

Podemos, preliminarmente, concluir que a perspectiva política, no caso da Visa, requer maior atenção, pelo menos nos seguintes aspectos:

- A instância que mais se aproxima do papel de representação de interesses é o Conselho Consultivo da agência, que conta com um espectro amplo, abrangendo, inclusive, o setor regulado. No entanto, como o próprio nome diz, seu papel é consultivo, e ele não representa o espaço formal de explicitação dos diversos interesses no campo de ação da Visa.
- A Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conass vem desempenhando um papel político importante, mas há uma lacuna na representação de interesses da esfera municipal que, paradoxalmente, é a executora preferencial das ações de saúde.
- Essa lacuna vem sendo preenchida, desde 2003, com a instituição do **Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**. Entretanto, o grande número de municípios existente no país e a diversidade de situações em que eles se encontram dificultam a capilarização dessa representação pela totalidade dos municípios.
- Há também um desequilíbrio importante entre os recursos de poder (político, econômico-financeiro, de conhecimento e de estrutura) das esferas federal, estadual e municipal.

Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da CIT: instituído pela Comissão Intergestores Tripartite, ele congrega os cinco diretores da Anvisa, cinco representantes da Câmara Técnica do Conass de cada uma das macrorregiões do país e cinco representantes do Conasems.

Segundo a perspectiva natural, as organizações são como organismos vivos que interagem e dependem do ambiente externo no qual se inserem. Essa perspectiva enfatiza a importância da satisfação das pessoas que realizam o trabalho e a necessidade de seu envolvimento para o alcance dos objetivos da organização. Seus principais instrumentos

são o monitoramento e a análise do ambiente, e o desenvolvimento do pessoal. As características do ambiente (simples ou complexo, estável ou instável) e do seu processo de trabalho ou das tecnologias de que se utiliza implicam formas mais rígidas ou mais flexíveis de estruturação da organização.

O ambiente no qual a Visa opera é complexo porque, além dos conflitos, há interferências políticas. Parte dessas interferências políticas decorre do fato de ser setor público, portanto com **autoridade delegada**. Outra parte decorre dos interesses contrariados ou a contrariar pela atuação efetiva da Visa. Dá-se uma elevada interdependência entre os órgãos de Visa, conforme vimos aqui. Concorre, também, para a complexidade do ambiente a definição de competências e atribuições entre as Visa das três esferas de governo, além de outras questões que dizem respeito à vigilância sanitária, mas que permaneceram fora do campo de abrangência da Anvisa, tal como a saúde do trabalhador.

Em resumo, segundo a perspectiva natural, os órgãos de vigilância sanitária se apresentam com nuances, segundo a esfera de governo a que pertencem. Mas existem algumas características comuns: turbulência técnica, tecnológica e política do ambiente em que operam; dificuldade em analisar esse ambiente (sistemas de informações que geralmente consistem em cadastros nem sempre informatizados e muitas vezes estanques); inexistência de perspectiva de planos de carreira para os níveis estadual e municipal, aliada à tendência à centralização e à coordenação do trabalho mediante a hierarquia. Ou seja, quase todos são fatores que concorrem para uma insatisfação dos recursos humanos.

Gerenciando a descentralização

Inicialmente, é importante considerar que uma das diretrizes a nortear o projeto do SUS é a **descentralização**. A efetivação dessa diretriz, consagrada na Constituição Federal e regulamentada na Lei n. 8080/90, vem se dando gradativamente por meio de uma estratégia que privilegia a negociação e pactuação entre as esferas de governo. A adoção dessa diretriz e a estratégia da negociação entre os entes federativos fizeram do SUS um modelo de política pública setorial diferenciado dos demais, e que maior impacto vivenciou nos últimos anos.

Ao se tentar vincular a modalidade de gestão habilitada às responsabilidades de execução das ações de Visa por parte dos gestores, em especial os municipais, constatou-se que as modalidades de gestão habilitadas nem sempre guardavam correspondência com a área de vigilância sanitária

Entretanto, é necessário ressaltar que o processo de descentralização da saúde no Brasil não contemplou de maneira uniforme todos os segmentos que compõem o Sistema Único de Saúde. Por um lado, as edições sucessivas de Normas Operacionais Básicas (NOB), ao privilegiar as atividades da assistência, reforçaram esse entendimento; por outro, no

Dussault (1992) resalta entre as características dos serviços públicos a **autoridade delegada**, que significa que os dirigentes são responsáveis perante uma autoridade externa, a quem têm que prestar contas.

Descentralização: a despeito dos diversos significados do termo e do alto valor social a ele atribuído, neste texto ele significa a coexistência de mais de um centro de decisão e de ação na formulação e implementação das políticas. No tocante à gestão do sistema, a descentralização pode representar uma alternativa para reduzir ineficiência ou morosidade de ação do aparelho de Estado, centralizado na esfera federal.



Para saber mais sobre os conceitos de descentralização e centralização, ver:
BOBBIO, N., MATEUCCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 5. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993. Vol. 1.

As ações de Visa foram classificadas por grau de complexidade na Portaria SAS 18, de 21 de janeiro de 1999. O Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da Comissão Tripartite instalou, em 3 de agosto de 2004, um grupo de trabalho, chamado 'GT Categorização das ações de vigilância sanitária', por considerar que a Portaria 18 não mais atende plenamente às necessidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Esse GT elaborou um documento para discussão.

Agência reguladora: no desenho ideal de uma agência reguladora, devem ser destacados os seguintes elementos: independência, para poder tomar decisões técnicas sem sofrer pressões políticas; claros limites de competência, para que não haja superposições de tarefas com o respectivo ministério; autonomia financeira e gerencial, para garantir sua independência e transparência de atuação. A agência reguladora é instituída por lei.

Agência executiva: "A qualificação de autarquia ou fundação como Agência Executiva poderá ser conferida mediante iniciativa do Ministério supervisor, com anuência do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, que verificará o cumprimento, pela entidade candidata, à qualificação dos seguintes requisitos: a) ter celebrado contrato de gestão com o respectivo Ministério supervisor; b) ter plano estratégico de reestruturação e de desenvolvimento institucional, voltado para a melhoria da qualidade da gestão e para a redução de custos, já concluído ou em andamento" (Decreto n. 2.487, de 2 de fevereiro de 1998). A agência executiva pode ser instituída por decreto.

processo de habilitação de estados e municípios nas diferentes modalidades de gestão levaram-se em conta fundamentalmente os critérios que diziam respeito à assistência. Isso repercutiu negativamente para a vigilância sanitária, visto que ela ficou à margem do processo de pactuação. Talvez também tenha contribuído para isso o caráter diverso destes dois campos abordados equivocadamente, via de regra, como sendo dissociáveis:

1. O da assistência, no qual a prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais mediante contratos terceirizados com os órgãos públicos "é uma prática rotineira, já que a maior parte dos serviços hospitalares e quase um terço dos serviços ambulatoriais do SUS são prestados por entes lucrativos e não lucrativos" (Pestana & Mendes, 2004:13).

2. O da vigilância sanitária, no qual o poder de polícia administrativa é um instrumento que deve ser utilizado somente por agentes públicos com investidura para tal, por ser uma atividade típica de Estado, é intransferível.

Por outro lado, a **classificação das ações de vigilância sanitária** em procedimentos básicos e ações de alta e média complexidade, segundo o modelo adotado na assistência, embora tenha representado um avanço à época em que foi adotado, gerou uma polêmica que se estende até a atualidade. Essa situação criou um contencioso político que contribuiu para retardar a organização da área.

Para que a descentralização da vigilância sanitária resulte em maior impacto na agenda política do SUS, as responsabilidades entre os gestores devem ser claramente definidas e basear-se em responsabilidades sobre o espaço local de ação, e não mais em pacto segundo o nível de complexidade das ações envolvidas. Isso quer dizer que essas responsabilidades precisam ultrapassar o campo das intenções normativas, muitas vezes cerceadoras da criatividade dos agentes locais, e migrar para o estabelecimento de pacto, cujo alcance deve ser permanentemente avaliado mediante processos que viabilizem o controle social, envolvendo, além das instâncias gestoras do SUS, os conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

A descentralização da vigilância sanitária, pactuada entre as esferas de governo, com transparência e gradação de responsabilidades entre os três níveis de governo e com um processo permanente de avaliação de resultados e correção de rumos, envolve questões de redistribuição de poder. A expressão concreta dada por essa dimensão política situa-se no âmbito das relações que se estabelecem entre os atores que participam do processo de produção e consumo dos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo que se procede à descentralização pactuada das ações de vigilância sanitária para estados e municípios, a estrutura federal, em função do seu formato jurídico de **agência reguladora**, às vezes assume também papel de **agência executiva** e resiste numa posição de tendência centralizadora na relação com os demais entes federados. Por isso, é necessário evidenciar sempre que a descentralização

não constitui um movimento discreto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais. A descentralização, enquanto processo, não constitui conceito unívoco, articulado como oposto à centralização. Ao contrário, apresenta-se na realidade política, como unidade dialética que se exprime, empiricamente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso deva ser o descentralizatório. (Pestana & Mendes, 2004:11)

Esses movimentos, pela complexidade que trazem em si, não raras vezes se apresentam como antagônicos no âmbito de uma organização, ou mesmo de um sistema, como no caso específico da vigilância sanitária. Todavia, eles necessitam ser enfrentados e equalizados à luz dos preceitos do SUS e se constituir em estratégias políticas capazes de pautar movimentos táticos e operacionais no aprofundamento do processo de descentralização e na construção de um sistema de vigilância sanitária descentralizado, integrado e equânime.

Alocação de recursos financeiros para a vigilância sanitária

O financiamento da saúde pública é responsabilidade conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme preceitua o parágrafo único do artigo 198 da Constituição Federal. Embora seja da União a responsabilidade maior pelos recursos alocados no setor, isto não exime outras instâncias de governo de compartilhar seu custeio e de realizar investimentos. Assim, faz-se necessário que os gestores das demais esferas de governo, ao elaborar seus orçamentos, garantam um patamar de recursos que se some aos alocados pela instância federal.

No Ministério da Saúde, historicamente, a vigilância sanitária foi marcada pelo pequeno volume de recursos orçamentários destinados ao seu custeio. Mesmo assim, o fechamento do exercício financeiro anual geralmente apresentava saldos que eram transferidos para outras atividades de custeio do Ministério. Esse baixo desempenho de gasto anual determinava a alocação de menos recursos nos anos subseqüentes.

No âmbito dos estados e municípios essa situação se reproduzia, salvo raras exceções. Ainda hoje se verifica que a política de alocação de recursos próprios para as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais fica muito aquém das necessidades desses órgãos. No caso dos estados, com a modalidade de transferência fundo a fundo inaugurada pelo **Termo de Ajuste e Metas (TAM)**, criou-se uma dependência em relação aos recursos federais repassados, e o que era fonte complementar tornou-se, de fato, fonte substitutiva.

Nos municípios, salvo algumas exceções, a situação também não difere muito, e mesmo com arrecadação de taxas próprias, que geralmente fluem para a Fazenda municipal, os dispêndios para a área aumentam. Fica a expectativa referente ao comportamento dos

Em levantamento empírico realizado pelos autores em cinco estados brasileiros, constatou-se que o aporte de recursos para as vigilâncias sanitárias por parte dos tesouros estadual e municipal costuma se limitar ao pagamento da folha de salários.

Termo de Ajuste e Metas: documento de natureza política, inicialmente de formato contratual, mais que uma pactuação de metas, estabelecia compromissos entre governos para a organização e implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O Termo de Ajuste e Metas será abordado mais adiante, no texto.

gestores municipais em relação à gestão dos recursos repassados via Termo de Ajuste e Metas. Os recursos do TAM se comportarão para os municípios como fonte complementar, ou novamente como fonte substitutiva?

A regulamentação de repasses para a Visa via NOB: breve relato

Até 1998, ano em que a NOB-SUS/96 passa a ser efetivamente implementada, os repasses de recursos federais para as ações de vigilância sanitária eram feitos mediante **convênios**. Na relação convencional não está implícita a continuidade das transferências financeiras em períodos subseqüentes ao seu período de vigência. A renovação depende de um acordo das partes, por isso ela não é adequada para o financiamento de ações contínuas, tais como a vigilância sanitária, devido a sua dimensão de projeto focalizado e extemporâneo, além de impor uma série de limitações técnicas e administrativas para a execução do plano de trabalho conveniado.

O repasse de recursos para custeio das atividades do SUS tem regulamento próprio decorrente de determinação constitucional, regulamentado por lei ordinária, e as transferências fundo a fundo, regulares e automáticas para o custeio da vigilância sanitária são perfeitamente enquadradas nessa legislação. Somente assim os gestores estaduais e municipais têm condição de elaborar seus planejamentos estratégicos de curto, médio e longo prazos.

A NOB-SUS/01/96, ao consolidar os mecanismos de repasse automático e regular, fundo a fundo, estipulados pela Lei n. 8.080/90 para custeio das ações de saúde, inovou ao criar duas modalidades de transferência de recursos para a vigilância sanitária:

1) Transferência regular e automática fundo a fundo

- Piso Básico de Vigilância Sanitária – **PAB/Visa**
- Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária – Ivisa

2) Remuneração transitória por serviços produzidos

- Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária – PADVS
- Ações de Média e Alta Complexidade – MAC/Visa.

Essas modalidades diferiam entre si quanto à natureza do objeto do gasto e quanto à destinação dos recursos, se para os estados ou municípios.

Na modalidade fundo a fundo, os repasses do PAB/Visa destinam-se aos municípios para o “custeio de procedimentos e ações básicas de vigilância sanitária de responsabilidade tipicamente municipal” a partir de um elenco mínimo de procedimentos negociados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), previstos no Sistema de Informação Ambulatorial

Convênios: essa forma de apoio financeiro, definida na administração pública como transferência voluntária ou negociada, tem sua execução regulamentada pela Instrução Normativa n. 1 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (IN/STN/MF), de 1996.

PAB e PAB/Visa

O PAB (Piso de Atenção Básica) é composto de uma parte fixa e de uma parte variável. A parte fixa é destinada à assistência básica. A parte variável consiste em incentivos para o fortalecimento e desenvolvimento de ações consideradas estratégicas. O PAB/Visa é um incentivo às ações básicas de vigilância sanitária. A regulamentação do PAB/Visa se deu mediante a Portaria n. 1885/GM, de 18 de dezembro de 1997.



Atenção

Com exceção do PAB/Visa, todos os demais pisos criados, fixos ou variáveis, estabeleciam critérios para habilitação, a serem cumpridos pelos gestores municipais.

(SIA/SUS) e regulamentado por “portaria do órgão competente do Ministério da Saúde”, atualmente a Secretaria de Vigilância em Saúde.

O **Ivisa** se destinaria aos estados, com a finalidade de “obter resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população”. O valor desses recursos seria obtido mediante “a atribuição de valores adicionais equivalentes a 2% do teto do teto financeiro de vigilância sanitária do estado a serem transferidos fundo a fundo”. Como no **PAB/Visa**, esses recursos seriam regulamentados por “portaria do órgão competente do Ministério da Saúde”. Essa regulamentação nunca se deu.

Na modalidade Remuneração Transitória, o **PADVS** consistia em uma espécie de desconcentração na execução de atividades de competência ‘exclusiva’ do Ministério da Saúde para os estados e municípios. O pagamento mediante valor constante em uma tabela de procedimentos seria realizado “contra apresentação de demonstrativo das atividades realizadas”. De fato, o PADVS consta como mais um dos **aspectos não implementados da NOB 01/96**.

Quanto às ações de média e alta complexidade, estas seriam financiadas com “pagamento direto às secretarias estaduais e municipais de saúde pela execução das ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal”. Da mesma forma que o PADVS, o pagamento seria realizado “contra a apresentação de demonstrativo das atividades realizadas”, com base em valores fixados em tabela de remuneração de procedimento realizados.

Para se cumprir esses requisitos regulamentados pela NOB 96, “quanto às responsabilidades tipicamente estadual e municipal”, foi instituída pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) – Portaria n. 18, de 21 de janeiro de 1999 –, a classificação das ações de vigilância sanitária em ações básicas, de média e alta complexidade. Polêmica por utilizar conceitos da assistência, essa portaria foi ao mesmo tempo importante por propiciar um debate pragmático sobre a consecução do objeto de trabalho da vigilância.

Em que pesem as inovações contidas na NOB 01/96, de incorporação da vigilância sanitária no pacto do SUS, somente o PAB/Visa foi implantado com um valor *per capita* de R\$ 0,25/hab/ano repassado do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde. Esse piso, como incentivo estratégico, variável na definição e compulsório na destinação, tornou-se fixo, e, em sua maioria, os recursos repassados nessa modalidade sempre foram utilizados para custear despesas estranhas à vigilância sanitária.

Se de um lado a regulamentação do PAB/Visa estabeleceu regras para o financiamento das ações básicas de vigilância sanitária, de outro deixou evidente a fraqueza política da área, dada a insuficiência nominal dos valores alocados, além de criar uma falsa dicotomia operacional entre as ações básicas e as ações chamadas de média e alta complexidade. A não-regulamentação das demais modalidades de repasse gerou uma

PAB/Visa: valor *per capita* destinado aos municípios; implementado.

Ivisa: destinado aos estados. Não foi regulamentado nem implementado.

PADVS: não foi regulamentado nem implementado.



Para saber mais sobre os aspectos não implementados da NOB 01/96, não só para a Visa, ver: LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291, 2001.

situação de desequilíbrio entre os gestores, ao deixar sem fonte de financiamento as ações denominadas como de média e alta complexidade, executadas pelos estados, Distrito Federal e por alguns municípios. Para preencher essa lacuna, instituíram-se mais tarde os termos de ajustes e metas, que serão abordados no próximo tópico.

Entretanto, o fator que mais chamou a atenção na alocação de recursos via NOB foi o tratamento dado à vigilância sanitária, na mesma na lógica da assistência ambulatorial e hospitalar. Os recursos destinados à vigilância sanitária seguiam a mesma sistemática de pagamento por procedimentos realizados pelos gestores estaduais e municipais. Essa modalidade de pagamento não se concretizou, mas a reversão dessa possibilidade se tornou imperativa para a área. Isso se deve a que o financiamento definido com base em uma visão segmentada de operações individuais, distantes de processos organizados de planejamento e associadas a custo unitário definido em tabelas de remuneração de procedimentos, seria um retrocesso de repercussão imediata na organização da área.

Financiar as ações de vigilância sanitária com base em tabela de procedimentos equivaleria a limitar a sua ação, que poderia se orientar pela busca de valores de remuneração mais compensatórios, a exemplo do que já ocorreu na assistência. Ou seja, seria o mesmo que abdicar de sua função primordial, o controle e o gerenciamento dos fatores de riscos sanitários que podem comprometer a saúde da população.

O Termo de Ajuste e Metas como estratégia de transferência de recursos para as ações de média e de alta complexidade

Para a Visa, não é relevante a visão parcial de cada operação individual vinculada a um procedimento tabelado, e sim o custo operacional de uma ação coletiva associada ao universo de cobertura capaz de garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação.

Uma peculiaridade do processo de descentralização das ações de Visa é que geralmente não havia correspondência entre a capacidade de executá-las e a modalidade de gestão na qual o município se encontrava habilitado pelas normas operacionais.

A não-implementação dos aspectos anteriormente descritos da NOB 01/96 e a instituição da Portaria GM n. 45, de 31/01/2001 iniciam mudanças no processo de alocação de recursos federais e de definição de regras de pactuação e financiamento das ações de média e alta complexidade, e no estabelecimento de critérios para a transferência de recursos fundo a fundo no bojo do Termo de Ajuste e Metas. Com essas regras e critérios, buscou-se evitar a adoção, na prática, da lógica do pagamento por produção baseado em tabelas cujos valores fixados, geralmente, não representam os gastos das ações executadas.

A descentralização dos recursos mediante o TAM iniciou-se para os estados e, destes, ela deveria ser feita para os municípios, após pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que congrega estado e municípios. Entretanto, esse processo, afetado por dificuldades de ordens diversas, não foi linear. Além das dificuldades relacionadas aos municípios, dos quais muitos, ainda hoje, não realizam o conjunto das ações básicas de vigilância sanitária, podem ser citadas no mínimo três, relacionadas aos estados: a precária estruturação da maioria das vigilâncias estaduais; sua baixa capacidade de gestão; sua dependência da máquina da secretaria estadual para a execução financeira dos recursos repassados.

Os recursos financeiros destinados a cada unidade federada, segundo a Portaria 145/GM, de 31/01/2001, são definidos pelo somatório das seguintes parcelas:

(I) valor *per capita* de R\$0,15 (quinze centavos)/hab/ano, multiplicado pela população de cada unidade federada, e

(II) valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS) por ação da vigilância que gera receita (fato gerador).

Do montante resultante da parcela I (*per capita*), no mínimo R\$0,06/hab/ano seriam utilizados como incentivo à municipalização das ações de vigilância sanitária. Dependendo da complexidade das ações pactuadas, esse mínimo para repasse aos municípios poderia ser aumentado, desde que existisse cobertura pelo montante de recursos recebidos pela unidade federada (somatório das parcelas I e II) e fosse aprovado na CIB. Outra condição é que os municípios estivessem habilitados e, para isto, deveriam cumprir os requisitos constantes da Portaria 145, que foram estabelecidos em 2000 pelo grupo de trabalho composto por representantes na Anvisa, no Conass e no Conasems:

- Estar habilitado em uma das condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS/01/96.
- Comprovar capacidade técnica de execução das ações por nível de complexidade.
- Possuir equipe técnica cuja composição corresponda às necessidades de cobertura local.
- Comprovar existência de estrutura administrativa responsável pelas ações de vigilância sanitária.
- Comprovar abertura de conta específica, vinculada ao Fundo Municipal de Saúde.

Com essa portaria estabeleceu-se, também, o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (Pevisa), no valor de R\$ 420.000,00/ano para os estados cujos recursos obtidos pela parcela do *per capita* não alcançassem esse valor. O objetivo do Pevisa seria apoiar os estados com menor densidade demográfica. O valor correspondente ao fato gerador para repasse era, ainda, estabelecido por portaria conjunta da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Para obtenção do valor nominal referente à segunda parcela (II), os estados são classificados segundo o número dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados por **macrosetor de atuação**, e relacionados com a magnitude dos recursos captados com as TFVS. A ponderação da distribuição quantitativa dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária por unidade federada em relação aos macrosetores e à procedência das taxas recolhidas determina o valor que cada estado irá receber. Os valores repassados durante o ano de 2004 serão apresentados na Tabela 2, no próximo tópico, sobre o momento atual.

Reconhecendo-se a importância do TAM para a regularização das transferências de recursos, e daquela portaria, além de outras que vieram sucedê-la, ficaram evidentes a

TFVS: taxas estabelecidas pela Lei n. 9.782, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os valores financeiros foram fixados segundo as classes dos fatos geradores.

Macrosetores de atuação: Medicamentos, Alimentos e Tecnologia em saúde. Esses macrosetores têm pesos específicos diferentes, no que se refere ao valor das taxas recolhidas, à importância estratégica para o setor Saúde e aos fatores de risco inerentes a cada um deles.

insuficiência dos valores transferidos e as limitações relativas à incorporação dos municípios no pacto de descentralização da vigilância sanitária. A transferência para os estados, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da decisão sobre os critérios de pactuação, bem como sobre os mecanismos utilizados para repasse dos recursos federais aos municípios, deparou-se com um agravante de difícil superação: a inexistência, na maioria dos estados, de legislação que abrigasse as transferências do fundo estadual para os fundos municipais de saúde.

Limites para atuação do nível federal: esses limites não impedem a atuação direta da Anvisa em qualquer local do território nacional, sempre existe a possibilidade de que algum evento inusitado coloque em risco a saúde da população. Entretanto, o critério de evento inusitado não controlado pelos gestores é passível de interpretação caso a caso.

Até 2003, essa situação ficou inalterada, e a descentralização da vigilância sanitária se deu mediante pactos com os estados federados. Ao não incorporar o município também como interlocutor, conforme capitulado na Lei n. 8.080/1990, criaram-se limitações políticas e técnicas que repercutiram de maneira decisiva sobre a organicidade do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

O momento atual

Conforme anteriormente descrito, a descentralização da vigilância sanitária se deu, inicialmente, de maneira excludente quanto aos municípios. A correção desse fato se deu mediante novo pacto negociado entre os três entes federados e consubstanciado na Portaria GM n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003. Além da inclusão desse novo ator, o município, essa portaria introduziu **limites para atuação do nível federal**, principalmente em relação ao disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que criou a Anvisa, ao ressaltar e enfatizar seu papel complementar no que se refere a algumas ações finalísticas. Em relação a esse pacto, destacam-se ainda:

1. A sua ampliação, visando a abranger todas as atividades de vigilância sanitária presentes na área geográfica de responsabilidade de cada gestor pactuante, e a reiteração de que as ações básicas de vigilância sanitária são pactuadas conjuntamente com as ações básicas de vigilância em saúde – **PPI-VS**.
2. A sua efetiva negociação em todas as instâncias de pactuação do SUS – CIB, CIT – e de representação dos gestores – Conass e Conasems.
3. A reformulação dos critérios de alocação de recursos federais como forma de estimular os municípios a pactuarem.
4. A manutenção de critérios instituídos pela Portaria 145, incluindo o Piso Estadual de Vigilância Sanitária.
5. A expansão, em valores nominais, dos repasses fundo a fundo, regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde em conta específica, especialmente para os municípios que pactuaram.

PPI-VS: em 11 de novembro de 2003, foi aprovado que a Programação Pactuada e Integrada em Vigilância em Saúde (PPI-VS) para 2004 passasse a incorporar as ações básicas de vigilância sanitária. Isso foi reiterado na Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004, e reafirmado na Portaria GM 2.473/2003. A PPI-VS de 2004 incluiu, do ponto de vista da inspeção, metas de cobertura dos seguintes estabelecimentos: comércio de alimentos; drogarias, ervanarias e postos de medicamentos; creches; estabelecimentos de ensino fundamental e estações rodoviárias e ferroviárias. Os demais procedimentos contidos na Portaria 18 não foram incluídos.

6. A criação do Fundo de Compensação em Vigilância Sanitária, destinado a realocar recursos não utilizados pelos estados e municípios.

Todavia, apesar das modificações introduzidas na pactuação da vigilância sanitária, não houve expansão significativa dos recursos orçamentários para transferência aos estados e municípios. Para 2005, o orçamento para essa função apresentou um aumento médio de cerca de 12,8%, conforme demonstrado a seguir, na Tabela 1, em que se sobressai da média o aumento dos recursos consignados na fonte relativa às TFVS arrecadadas pela Anvisa, mesmo com o contingenciamento aplicado.

Tabela 1 – Valores dos recursos de transferência para estado e municípios constantes do orçamento da Anvisa e FNS (em R\$)

Transferência	Orçamento 2004	Orçamento 2005	% de aumento
PAB/Visa (1)	53.800.000,00	59.180.000,00	10,0
MAC/Visa <i>per capita</i> (2)	37.600.000,00	41.360.000,00	10,0
MAC/Visa – Taxas (3)	28.800.000,00	34.800.000,00	20,8
Subtotal (2+3)	66.400.000,00	76.160.000,00	14,7
Total (1+2+3)	120.000.000,00	135.340.000,00	12,8

Os critérios para definição dos recursos financeiros destinados aos estados e ao conjunto de seus respectivos municípios continuaram, porém, inalterados, ou seja, como nos artigos 4º e 5º da Portaria 145/GM, de 31/01/2001, compondo os tetos financeiros para o conjunto das unidades federadas, obtidos mediante o somatório das parcelas do *per capita* de R\$ 0,15 (quinze centavos)/hab/ano, multiplicado pela população de cada unidade federada, valor proporcional à arrecadação das TFVS por atividade da vigilância que gera receita (fato gerador).

Para o ano de 2004, os tetos financeiros de cada estado, para financiamento das ações de média e alta complexidade, publicados na Portaria GM n. 439/2004, são visualizados na Tabela 2.

Tabela 2 – Tetos financeiros de vigilância sanitária por estado para a média e alta complexidade – 2004 (em R\$)

Estado	População em 2003	Per capita x população*	TFVS	Teto
		(A)	(B)	(A+B)
RO	1.455.907	420.000,00	25.689,30	445.689,30
AC	600.595	420.000,00	14.650,00	434.650,00
AM	3.031.068	454.660,20	80.835,23	535.495,43
RR	357.302	420.000,00	1.302,32	421.302,32
PA	6.574.993	986.248,95	289.807,07	1.276.056,02
AP	534.835	420.000,00	6.500,00	426.500,00
TO	1.230.181	420.000,00	13.897,45	433.897,45
MA	5.873.655	881.048,25	56.300,00	937.348,25
PI	2.923.725	438.558,75	79.884,67	518.443,42
CE	7.758.441	1.163.766,15	486.026,18	1.649.792,33
RN	2.888.058	433.208,00	93.259,00	526.467,00
PB	3.518.595	527.789,25	144.659,66	672.448,91
PE	8.161.862	1.224.279,30	506.406,39	1.730.685,69
AL	2.917.664	437.649,60	41.341,00	478.990,60
SE	1.874.613	420.000,00	71.235,00	491.235,00
BA	13.440.618	2.016.092,70	542.217,24	2.558.309,94
MG	18.553.312	2.782.996,80	2.670.005,35	5.453.002,15
ES	3.250.219	487.532,85	154.391,65	641.924,50
RJ	14.879.118	2.231.867,70	4.480.489,20	6.712.356,90
SP	38.709.320	5.806.398,00	9.830.009,93	15.636.407,93
PR	9.906.866	1.486.029,90	1.828.871,51	3.314.901,41
SC	5.607.233	841.084,95	1.203.001,60	2.044.086,55
RS	10.510.992	1.576.648,80	1.631.731,72	3.208.380,52
MS	2.169.688	420.000,00	141.104,33	561.104,33
MT	2.651.335	420.000,00	292.061,01	712.061,01
GO	5.306.459	795.968,85	1.047.976,02	1.843.944,87
DF	2.189.789	420.000,00	153.300,40	573.300,40
Brasil	176.876.443	28.351.829,00	25.886.953,23	54.238.782,23

* Quando o resultado é inferior a R\$ 420.000,00, o estado recebe este valor como piso.

Fontes: Artigo 7º da Portaria 2.473, de 29/12/2003, e Anexo I da Portaria 439/GM, de 16 de março de 2004.

Dos recursos obtidos pela aplicação do critério *per capita*, parcela I da Tabela 1, no mínimo R\$ 0,10/hab/ano devem ser utilizados como incentivo à municipalização em cada estado. Dependendo do nível de responsabilidade assumido, esse valor mínimo de repasse aos municípios pode ser aumentado, desde que exista saldo no teto alocado para cada estado (somatório das parcelas I e II) e aprovado na CIB. Como incentivo adicional à pactuação dos municípios, a Anvisa alocará mais R\$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, originário de recursos próprios, extrateto, perfazendo o mínimo de R\$ 0,20 *per capita*/ano destinado a cada município.

Conforme demonstrado na Tabela 3, os incentivos aos municípios resultaram na pactuação de 616 municípios que assumiram a execução das ações consideradas de 'média e alta' complexidade, recebendo o valor global de R\$ 13.122.651,44. Duas interpretações podem ser extraídas desses números apresentados. Em primeiro lugar, o número de municípios que pactuou, apesar de relevante em relação ao estágio anterior, fica aquém do esperado, se considerados os demais processos de descentralização levados adiante no âmbito do SUS. Em segundo lugar, o baixo poder de indução representado pelo 'subfinanciamento' da vigilância sanitária, que não motiva os gestores a assumirem essas responsabilidades.

Tabela 3 – Número de municípios pactuados, por estado, e valores globais repassados (em R\$)

Estado	Municípios que pactuaram	Valor <i>per capita</i> x população dos municípios	Valor complementar Anvisa	Valor total	Estabelecimentos por estado
AL	2	142.135,12	104.283,70	246.148,82	267
BA	20	218.389,20	218.389,20	436.778,40	991
ES	1	9.661,90	9.661,90	19.323,80	154
GO	1	114.610,60	114.610,60	229.221,20	1.734
MA	3	129.660,90	129.660,90	259.321,80	131
MT	5	76.030,60	76.030,60	152.061,20	623
MS	5	96.511,10	96.511,10	193.022,20	554
MG	17	952.933,35	635.288,90	1.588.222,25	3.950
PA	6	201.304,26	161.038,00	362.342,46	497
PR	45	779.354,70	547.073,80	1.326.428,50	4.678
PE	7	246.742,40	248.542,40	495.284,80	709
RJ	9	847.404,00	847.404,00	1.694.808,00	—
RN	1	74.479,40	74.749,40	148.958,80	48
RS	15	458.446,40	324.982,70	783.429,10	2.144
SC	21	85.401,00	62.959,40	148.360,40	677
SP	452	3.331.169,70	3.137.822,60	6.468.992,30	3.974
SE	6	111.831,55	87.843,20	199.674,75	420
Total	616	7.061.495,84	6.061.155,60	13.122.651,44	21.614

Como os valores de transferências resultantes dos pactos não são muito estimulantes para os gestores municipais, isso dá margem para desconfiar e incertezas na pactuação de uma política pública que, vez por outra, se apresenta como pouco atraente e trabalhosa para os gestores, em relação ao alcance de seu objeto de trabalho.

A definição dos municípios que pactuarão as ações de média e alta complexidade é de responsabilidade exclusiva da CIB, com observação, no mínimo, dos seguintes critérios:

1. Formalização do pleito pelo gestor municipal à Comissão Intergestores Bipartite.
2. Aprovação da adesão pela CIB.
3. Programação das atividades de média e alta complexidade a serem executadas pelo município.
4. Comprovação de estrutura e equipe técnica compatível com as atribuições pactuadas.

Tabela 4 – Relação dos municípios por porte populacional que pactuaram o Termo de Ajuste e Metas em 2004

UF	Município	Valor <i>per capita</i> R\$	Valor total <i>per capita</i> R\$	Valor complementar Anvisa R\$	Valor total R\$	Número de Estabelecimentos
RS	Cachoeira do Sul	0,20	17.724,40	8.862,20	26.586,60	32
RS	Canela	0,15	5.451,45	3.634,30	9.085,75	27
RS	Carainho	0,15	8.918,10	5.945,40	14.863,50	40
RS	Caxias do Sul	0,15	57.291,00	38.194,00	95.485,00	250
RS	Erechim	0,10	9.273,60	9.273,60	18.547,20	50
RS	Gravataí	0,10	24.852,30	24.852,30	49.704,60	30
RS	Panambi	0,15	5.040,75	3.360,50	8.401,25	17
RS	Pelotas	0,15	49.705,80	33.137,20	82.843,00	108
RS	Porto Alegre	0,15	209.112,75	139.408,50	348.521,25	1.332
RS	Santa Cruz do Sul	0,15	16.905,75	11.270,50	28.176,25	60
RS	Santa Maria	0,10	25.464,00	25.464,00	50.928,00	78
RS	Santa Rosa	0,15	10.063,35	6.708,90	16.772,25	20
RS	Sapiranga	0,10	7.327,60	7.327,60	14.655,20	25
RS	Serafina Correa	0,15	1.746,60	1.164,40	2.911,00	15
RS	Venâncio Aires	0,15	9.568,95	6.379,30	15.948,25	60
Total do estado	15	---	458.446,40	324.982,70	783.429,10	2.144

Conforme demonstrado na Tabela 3, a pactuação se deu, majoritariamente, com municípios de população abaixo de cinquenta mil habitantes. A concentração da pactuação em municípios desse porte surpreende, pois é natural supor que as atividades de maior risco sanitário estejam concentradas em aglomerados urbanos de maior porte populacional. O aspecto relativo aos valores alocados foi determinante no processo decisório do pacto em cada estado. Entretanto, fica evidente a contradição representada por esse fator, pois

se o financiamento foi determinante para exclusão de municípios maiores no pacto proposto, para os de menor porte isso representou um movimento político, pedagógico e dialógico, de indução para a organização do sistema de vigilância sanitária, independentemente de seu nível de gestão.

A Portaria GM n. 2.473 manteve, também, o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (Pevisa), no valor de R\$ 420.000,00/ano para aqueles estados cujos recursos obtidos pela parcela do *per capita* não alcançassem esse valor.

Como inovação, essa portaria criou o Fundo de Compensação em Visa, com características de um gatilho reverso. Ao ser disparado, os recursos não utilizados pelos estados e municípios são bloqueados e colocados à disposição dos demais gestores que demonstrarem bom desempenho no cumprimento das metas pactuadas e na utilização dos recursos recebidos.

Conforme determinado pela PT/GM n. 2.473/2003, o fundo terá como fonte única os recursos transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal, cujas contas apresentarem **saldos livres**, apurados semestralmente, superiores a 40% do valor total repassado no período. Nesse caso, haverá a suspensão do repasse mensal, até que o gestor comprove a utilização dos recursos e apresente saldo inferior a esse limite.

Os recursos não transferidos por força desse mecanismo serão excluídos do cronograma de repasse, e as unidades federadas respectivas não terão mais direitos sobre eles, que passam a integrar o fundo. Esses recursos serão utilizados para financiar projetos demandados pelos gestores do SUS para, entre outros fins, apoiar o processo de gestão e descentralização das ações de vigilância sanitária.

Por fim, em relação às contrapartidas financeiras, não são fixados valores nominais para se somarem aos recursos repassados pela Anvisa. No entanto, é necessário que não ocorra diminuição dos valores gastos com vigilância sanitária nos anos anteriores aos repasses, para garantir, no mínimo, o mesmo patamar de recursos em termos percentuais. Há que se considerar, ainda, que os acréscimos aos recursos destinados à saúde pela **Emenda Constitucional n. 29/2000** venham a concorrer para o aumento dos gastos em vigilância sanitária das esferas estadual, municipal e federal.

Considerações finais

Levando em conta a baixa a demanda social por ações coletivas de promoção e proteção da saúde e o espaço restrito e resguardado em que se constituiu a vigilância sanitária ao longo de sua história, um dos principais desafios para a sua gestão é inseri-la entre as prioridades do SUS nas três esferas de governo. Outro desafio é promover maiores articulações intersetorial, intra-setorial e com os conselhos de saúde.

Saldos livres: compreendem os recursos financeiros depositados em conta bancária, excluídos aqueles comprovadamente empenhados e os efetivamente comprometidos.

A Emenda Constitucional n. 29/2000 estabelece a vinculação de recursos orçamentários das três esferas de governo para a saúde. Para a União, os recursos são corrigidos pela variação nominal do PIB. Para os estados e municípios, os percentuais de vinculação são crescentes, alcançando, em 2004, 12% e 15%, respectivamente. Contudo, para o alcance desses patamares, alguns entes federados informaram gastos realizados com ações sobre determinantes do estado de saúde (renda, alimentação etc.), o que fez com que se instaurasse uma polêmica sobre o cumprimento da EC/29. Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução 322, que definiu o escopo das ações e serviços específicos de saúde, e a XII CNS a referendou nas suas deliberações.

Na primeira versão deste texto, escrito para a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, uma estratégia julgada importante para a articulação com o Conselho Nacional de Saúde seria a instalação da Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, cuja constituição se encontrava prevista na Lei 8.080/90 e no regimento do Conselho. Essa comissão foi apenas recentemente constituída, conforme se viu em nota anterior.

Construção federativa no campo da saúde: as relações entre as esferas de governo construídas inicialmente no campo da assistência à saúde vêm procedendo, após o advento das NOB, a uma construção federativa setorial, a partir das instâncias instituídas que congregam gestores – CIT e CIB. A esse respeito, ver PARADA, R. *Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, p. 34.

Na primeira versão deste texto, eram indicadas questões a serem enfrentadas, sobre as quais já se iniciou a discussão, tais como: a classificação das ações de Visa em baixa, média e alta complexidade; a discussão sobre que ações básicas de vigilância sanitária poderiam ser desenvolvidas pela equipe local de saúde, por exemplo, na integração com o PSF; as estratégias para o desenvolvimento da capacidade de gestão e para o aumento da governabilidade das esferas estadual e municipal de Visa. Foi proposta a constituição de um fórum para representação dos interesses das três esferas de governo no que tange à Visa. Esse fórum, que poderia ser temporário, se somaria às instâncias já existentes no âmbito do SUS, com o objetivo de construir um ‘consenso mínimo’ para a ação da vigilância sanitária. A constituição do Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da CIT excedeu, no sentido positivo, essa indicação.

Inserir a vigilância nas prioridades do SUS requer, também, que a vigilância sanitária incorpore, resguardadas as especificidades de seu campo de atuação, as prioridades políticas definidas na ‘agenda política da saúde’. Esforços nesse sentido vêm sendo empreendidos e resultaram, como um primeiro exemplo, nas múltiplas vezes em que a vigilância sanitária figurou, embora de maneira fragmentada e tendo como porta-voz apenas a Anvisa, no Plano Diretor do Ministério da Saúde, elaborado em 2004. Um segundo exemplo é a incorporação dos municípios na discussão da descentralização das ações de vigilância sanitária no país. Independentemente de qualquer posicionamento crítico sobre esse processo e das distintas visões acerca da forma de representação e da heterogeneidade estrutural dos municípios, é inequívoca a sua pertinência, quando se considera tanto o quadro das relações intergovernamentais no Brasil quanto a **construção federativa no campo da assistência à saúde**.

Essa construção setorial vem se dando mediante mecanismos indutores de políticas, centrados nos repasses financeiros e em condicionalidades a serem cumpridas. Sem se ater ao caso específico da vigilância sanitária, a respeito dessa forma de indução, Barros (2001:309) afirma:

Como as condicionalidades impostas para o financiamento nunca estiveram associadas ao alcance de resultados, mas apenas ao cumprimento de requisitos formais e de compromissos com a execução dos programas federais, não têm sido raros os casos em que os municípios recorrem à utilização de artifícios, no momento da implementação, como artifício para adequar a aplicação dos recursos às suas necessidades. Coordenação e indução pressupõem liderança de processos, avaliação de resultados, e não a mera imposição de condicionalidades para o acesso aos recursos, que acabam resultando num ‘faz-de-conta’.

No caso específico da Visa, embora com limitações, os Termos de Ajustes e Metas, inicialmente firmados apenas com os estados federados, buscavam contemplar metas intermediárias – capacitação de recursos humanos – e finalísticas – metas de cobertura de inspeção de estabelecimentos sujeitos à vigilância. A despeito das dificuldades para a sua avaliação, eles representaram um esforço de dotar o ainda incipiente Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de uma lógica compatível com a perspectiva racional, uma das três abordadas na parte inicial deste texto. Naquele momento, em 2001, avaliou-se que essa perspectiva era implementada em maior grau, mas que, embora necessária, isoladamente, ela seria insuficiente para superação das dificuldades de engajamento de atores que, historicamente, se mantiveram à margem do contexto da organização dos serviços.

Ainda como resultado da análise dos serviços de vigilância sanitária com base no referencial teórico do campo da gestão das organizações segundo os aportes das perspectivas racional, natural e política da gestão, a primeira versão deste texto indicava a necessidade de aprofundar a perspectiva política, ainda de aplicação incipiente. No caso do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, essa perspectiva estava restrita às esferas federal e

estadual, dada a ausência de mecanismos de representação e de explicitação de interesses municipais. No entanto, ela teve certo incremento após a instituição do Comitê Consultivo Tripartite de Vigilância Sanitária da CIT. Aprofundaram-se as discussões sobre a descentralização com a incorporação de representação da esfera municipal, sobre a classificação das ações de vigilância sanitária e a relação entre atenção básica e Visa. Embora, até o momento, essas iniciativas não tenham seu produto definitivo, a existência de processos em curso representa um indicativo importante.

Entretanto, a necessidade de coordenação do trabalho entre os órgãos de vigilância sanitária das três esferas de governo permanece, bem como a incorporação do chamado controle social do SUS, sem o que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não conseguirá atingir os objetivos a que se destina, restando, ainda, a implementação da perspectiva natural, com a implantação efetiva de um sistema de informação.

A intersectorialidade tem sido tratada como necessidade e desafio para a saúde como um todo, e para a vigilância sanitária em particular. Mas, um outro aspecto a ser trabalhado é a articulação da vigilância sanitária com outros órgãos/setores governamentais da mesma esfera de governo a que pertence, incluindo a **Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador (Visat)**. Trata-se, portanto, de promover articulação tanto intra quanto intersectorial, que ainda é incipiente, mesmo após a instituição da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Essa secretaria incorporou à antiga PPI-ECD (PPI/ Epidemiologia e Controle de Doenças) algumas ações básicas de vigilância sanitária, na sua transformação em PPI-VS.

Desde a criação da Anvisa, em 1999, a vigilância sanitária vem passando por mudanças em todo o país. Mudanças organizativas, nos processos de trabalho, para se adequar às inovações tecnológicas e na forma de se relacionar com os setores que dependem de regulação sanitária para o exercício de suas atividades econômicas e, principalmente, mudança na forma de se relacionar com estados e municípios para consolidar a vigilância sanitária em todo o território nacional. Entretanto, as discussões que costumam mobilizar os atores sociais envolvidos costumam se restringir aos repasses intergovernamentais.

A política de alocação de recursos para transferência intergovernamental, imprescindível para a melhoria da capacidade de gestão dos demais entes federados, ainda hoje se apresenta como um desafio se seu objetivo for o de alcançar maior equidade. E permanece intocada a discussão substantiva sobre o financiamento, que considera as necessidades, a magnitude dos recursos e as fontes, sendo os repasses apenas um dos seus aspectos. Em relação a dados orçamentários, o componente das receitas tem alguma visibilidade, principalmente os recursos repassados, mas as informações sobre a magnitude e a qualidade dos gastos realizados pelas três esferas de governo não têm tido o destaque merecido, nem em relação aos recursos repassados.

Visat: na primeira versão deste texto, chamava-se a atenção para a impossibilidade de a Visa, no exercício de atividade de controle sanitário dos ambientes nos quais se dão os processos de produção e de prestação de serviços, desconsiderar questões relativas à saúde do trabalhador. E, ainda, muitos órgãos estaduais desenvolveram programas de vigilância da saúde do trabalhador ligados ao órgão de Visa. Concluía-se que, mesmo considerando-se a existência de órgãos governamentais envolvidos com a saúde do trabalhador e o controle do ambiente, não parecia haver justificativa para excluí-los das atribuições do órgão federal de vigilância sanitária, até porque há também uma certa 'repartição' de competências quanto ao controle sanitário dos alimentos, do qual a vigilância federal não abre mão.

Superávit financeiro apurado pela Anvisa: é resultado da diferença positiva entre os valores previstos e os valores efetivamente arrecadados, representados, majoritariamente, pelas taxas de fiscalização de vigilância sanitária. A Constituição Federal e a Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como a legislação que cria as chamadas receitas vinculadas, proíbem a aplicação do produto da arrecadação dessas receitas em despesas que não estejam vinculadas aos objetivos para os quais está sendo criada a respectiva receita.

Considerando que os dados disponíveis indicam a insuficiência de recursos consignados para esta função, a despeito de um crescimento de 1.365% na destinação, principalmente, para a descentralização da vigilância sanitária, entre 1995 e 2001 (Faveret, 2002), conclui-se que ainda hoje há a necessidade de se incrementar a capacidade de gestão dos órgãos de vigilância sanitária. Só assim eles terão melhores condições de gerir os recursos repassados, elevando-se o percentual de execução – em 2001, baixo por parte dos estados, com poucas exceções, mas que apresenta tendência de crescimento na vigência de implementação do Fundo de Compensação em Vigilância Sanitária.

Essa insuficiência de recursos financeiros é, atualmente, agravada pelo contingenciamento recorrente de parte dos recursos arrecadados com as taxas instituídas pela Lei n. 9782/1999. Esse contingenciamento decorre de **superávit financeiro apurado pela Anvisa** ao final de cada exercício financeiro. Por se tratar de receita própria, esses recursos só podem ser aplicados em vigilância sanitária, de acordo com a lei de criação da agência. Em razão da vinculação dessas receitas à vigilância sanitária e da proibição de sua aplicação em outros fins, a tendência é de serem esterilizadas, já que elas não podem ser incorporadas por outros setores da administração pública federal, mesmo estando esses recursos sob a guarda da Secretaria do Tesouro Nacional.

Reconhece-se que a gestão da vigilância sanitária é tema recente na agenda dos profissionais que dela se ocupam, que urge profissionalizar essa gestão e encarar mais firmemente a discussão sobre que modelo de vigilância sanitária se pretende, para que necessidades sociais e, por fim, como financiá-lo, visto tratar-se de uma ação de saúde tipicamente de Estado e de caráter coletivo. Afinal, para a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, tornam-se imperiosos o fortalecimento dos serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo, o aumento de sua coordenação para a ação e o reforço de sua capacidade de gestão, reduzindo-se as assimetrias de organização e de poder e aprofundando-se a articulação com os conselhos de saúde. E reconhece-se também que efetivar esse sistema com controle social, de acordo com os preceitos do SUS, é parte do esforço de promover e proteger a saúde, contribuindo para a construção da cidadania.

Por fim, cabe ressaltar que, com o Pacto de Gestão 2006, está havendo a substituição das normas operacionais básicas e das portarias que as regulamentam por um outro conjunto de portarias ministeriais, sem que haja modificação para a maior parte dos recursos financeiros destinados às ações de vigilância sanitária. Entretanto, o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária é extinto e fica substituído pelo Teto Financeiro da Vigilância em Saúde, ao qual os recursos da vigilância sanitária se incorporam.

Referências bibliográficas

- ANVISA. Gerência Geral de Descentralização. Vigilância Sanitária: responsabilidades compartilhadas entre níveis de governo e financiamento, 1999. (Mimeo.)
- ANVISA. Gerência Geral de Descentralização. Vigilância Sanitária: gestão compartilhada, inspeção e financiamento, 2001. (Mimeo.)
- ANVISA/CONASS/CONASEMS. *Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária: mecanismos de pactuação entre os três níveis de governo*. Brasília: Anvisa, Conass, Conasems, 2000.
- BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2):307-310, 2001.
- DUSSAULT, G. A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26(2):8-19, abr.-jun. 1992.
- FAVERET, A. C. de S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LIMA, S. M. L. *Gerenciando organizações de saúde: abordagens teóricas e funcionamento das organizações*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. (Curso a distância)
- MOTTA, P. R. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- PESTANA, M. & MENDES, E. V. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.cosemrj.com.br/destaque81.pdf>>.

Nova Forma de Pensar e Fazer

Planejamento e Orçamento

Denise Nabuco Villa-Forte



Para início de conversa...

Neste texto, será abordada uma forma relativamente simples de pensar e fazer o planejamento e o orçamento no Brasil. Também serão tratados alguns aspectos da gestão orçamentária no setor público.

O pensamento de dois estudiosos do assunto, que sintetizam o necessário diálogo entre planejamento e orçamento e reforçam a opção aqui adotada, encontra-se transcrito abaixo:

“Há quem considere coisas distintas e separadas, o orçamento e o planejamento. Erro de observação. O planejamento e o orçamento, como processos, são incoercivelmente complementares.” (Benedito Silva, apud Core, 2001)

“A ciência tem disciplinas, a universidade tem departamentos, o governo tem setores, porém a realidade tem problemas.” (Carlos Matus, apud Core, 2001)

É com base nos problemas da sociedade que o governo deve planejar suas ações. O problema deve ser a categoria central do planejamento do governo, e não apenas um elemento de diagnóstico de situação. Elaborar o plano de governo a partir dos problemas da sociedade é uma forma de simplificar o ato de planejar e, assim, fazer com que ele fique ao alcance dos atores sociais.

O texto busca enfrentar, entre outras, as seguintes questões:

- Que contexto gera esta abordagem integradora?
- Qual a legislação básica para o planejamento governamental no Brasil?
- Qual a relação entre planejamento governamental e a Lei de Responsabilidade Fiscal?

A crise da década de 70, no plano econômico, se caracterizou pelo aumento do preço do petróleo no exterior (1973 e 1979), causada pela redução da extração pelos países produtores. Como o Brasil era muito dependente da compra no exterior, o resultado aqui e, em outras partes do mundo, foi uma alta inflação. No plano político, houve um avanço do ideário neoliberal.

Modelo burocrático de administração pública é utilizado em contraposição ao chamado 'modelo gerencial da administração pública'. Este seria mais flexível, menos processualístico e mais voltado para resultados.

As reformas estruturais de cunho liberalizante, em linhas gerais, caracterizam-se principalmente pelo enxugamento do Estado.



Para saber mais:

DINIZ, E. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. *São Paulo em Perspectiva*, 15(4):13-22, out.-dez. 2001. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000400003&lng=en&nrm=iso>.

- Quais são os instrumentos do planejamento governamental, como eles se integram e são elaborados?
- Como elaborar o orçamento, organizando e agrupando as informações sobre receitas e despesas?
- Olhando o orçamento do governo, é possível identificar o da saúde?
- Olhando o orçamento da saúde, é possível identificar o da Vigilância Sanitária (Visa)?
- Como visualizar no orçamento do governo os programas e as ações do Plano Plurianual (PPA)?

O contexto do surgimento da proposta...

Em função da **crise da década de 70**, os papéis até então desempenhados pelo Estado começaram a ser questionados. Para se adequar à exigência de enfrentar a crise e às novas demandas da sociedade, o Estado se viu impelido a assumir novos papéis e deixar outros de lado.

A necessidade de mudança de papéis introduziu questões relativas à exigência da reorganização do Estado para enfrentar a crise, já que o modo tradicional de organização e gestão governamental vigente – então denominado **modelo burocrático de administração pública** – parecia dar sinais de esgotamento. Como consequência, considerava-se que isso vinha gerando baixa qualidade na prestação de serviços ao cidadão. A estratégia de enfrentamento da crise ficou conhecida como a *New Public Management* (Nova Gestão Pública), iniciada na Grã-Bretanha, no governo de Margareth Thatcher, e mais tarde adotada em diversos outros países (Marini, 2002).

No Brasil, a reforma gerencial começou em 1995, num contexto caracterizado pelo aprofundamento da crise do Estado e pela emergência de **reformas estruturais de cunho liberalizante**. Com a recuperação da estabilidade da moeda e o processo de ajuste fiscal, afirmou-se o entendimento de que se impunha um choque gerencial na administração pública brasileira. A decisão foi transformar o plano em um instrumento de gestão, que orientasse a administração pública para resultados.

O planejamento governamental e a legislação básica

A legislação básica que trata do planejamento governamental está contida nos seguintes dispositivos legais:

- Constituição Federal de 1988 - Artigo 165.
- Constituições estaduais.

- Leis orgânicas municipais.
- Portaria n. 42, de 14 de abril de 1999, expedida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- **Lei Complementar n. 101**, de 04 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Esta lei é conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

O que dizem as constituições (federal e estaduais) e as leis orgânicas municipais sobre o assunto?

Elas dizem que:

1. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão
 - o plano plurianual (PPA);
 - as diretrizes orçamentárias (LDO);
 - os orçamentos anuais (LOA).
2. A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada,
 - diretrizes, objetivos e metas da administração pública em cada esfera de governo;
 - as **despesas de capital** e outras delas decorrentes;
 - despesas relativas aos **programas/ações de duração continuada**.

Despesas de capital: correspondem aos gastos relativos aos investimentos. Por exemplo: aquisição de equipamentos, construção de unidades de saúde etc.

Programas de duração continuada são aqueles que caracterizam a manutenção da ação do governo. Exemplos: Assistência farmacêutica; Assistência hospitalar e ambulatorial.

O que diz a Portaria n. 42, de 14 de abril de 1999, expedida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão?

Ela estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade e operações especiais, assim entendidos:

Função – é o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.

Subfunção – é uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.

Programa – é um instrumento de organização da ação governamental, visando à concretização dos objetivos pretendidos, mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual.

Projeto – é um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação do governo.



Exemplos de função e subfunção, contidos na Portaria n. 42

- **Função**
 - Saúde, identificada nos orçamentos pelo código 10.
 - **Subfunção**
 - Atenção básica – código 301
 - Assistência hospitalar e ambulatorial – código 302
 - Suporte profilático e terapêutico – código 303
 - Vigilância sanitária – código 304
 - Vigilância epidemiológica – código 305
 - Alimentação e nutrição – código 306
-



Exemplo de operações especiais: despesas com pagamento de juros de empréstimos contraídos; com ressarcimentos ou indenizações. As operações especiais não integram o PPA porque não contribuem para a produção de serviços, mas devem constar nos orçamentos anuais.

Atividade – é um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação do governo.

Operações especiais – são despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços.

A Portaria n. 42/1999 diz também que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios estabelecerão, em atos próprios, suas estruturas de programas, códigos e identificação, respeitados os conceitos e determinações nelas contidos. E mais ainda, que nas leis orçamentárias e nos balanços, as ações serão identificadas em termos de funções, subfunções, programas, projetos, atividades e operações especiais.

O disposto na Portaria n. 42/1999 passou a ser aplicado nos orçamentos da União, estados e Distrito Federal no exercício financeiro de 2000 e seguintes. Para os municípios, sua aplicação começou em 2002.

Portanto, o primeiro plano plurianual para o qual os estados e o Distrito Federal definiram sua estrutura de programas foi o relativo ao período 2000-2004. E para os municípios, o PPA 2002-2005.

Essa Portaria n. 42/1999 pode ser considerada um marco importante para a autonomia das esferas administrativas estaduais e municipais na definição de seus programas de governo, para fins de elaboração de seus planos e orçamentos. Antes de 1999, ou seja, nos planos plurianuais estaduais referentes aos períodos de 1990-1994 e 1995-1999 e nos orçamentos anuais correspondentes aos exercícios de 1990 a 1999, era a União que definia os programas das três esferas de governo. Aos estados e municípios cabia, apenas, adequar suas ações aos programas estabelecidos pelo governo federal.

O que diz a Lei de Responsabilidade Fiscal?

A Lei Complementar Federal n. 101, de 4 de maio de 2000, (LRF), estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição Federal de 1988.

Os dispositivos da Lei de Responsabilidade Fiscal se aplicam à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. De acordo com essa lei, a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, na qual se previnem riscos e se corrigem desvios capazes de afetar o **equilíbrio das contas públicas**.

Equilíbrio das contas públicas: equilíbrio entre receitas e despesas.

Como alcançar esse equilíbrio?

- Mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e
- Mediante a obediência a limites e condições no que tange a:
 - **renúncia de receita**;
 - geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras;
 - dívidas consolidada e mobiliária;
 - operações de crédito, inclusive por antecipação de receita;
 - concessão de garantia e
 - inscrição em **Restos a pagar**.

Renúncia de receita:

corresponde ao governo deixar de arrecadar voluntariamente, por meio de concessão de subsídios, isenções ou pela aquiescência em descontar do Imposto de Renda, por exemplo.

Restos a pagar. Ao término do exercício financeiro (que no Brasil corresponde ao ano fiscal), o governo se depara com despesas que foram empenhadas e não pagas até o último dia do ano. Tais despesas podem ser inscritas na contabilidade como 'restos a pagar'. Eles podem ser 'restos a pagar processados' (RPP - despesas empenhadas e liquidadas) ou 'restos a pagar não processados' (RPNP - despesas que só foram empenhadas). Veja mais sobre empenho e liquidação em 'Execução orçamentária', neste texto.

Em relação aos instrumentos de planejamento governamental, a LRF diz, em seu artigo 5º, que o projeto de lei orçamentária anual deve ser elaborado de forma compatível com o PPA, com a LDO e com as normas dessa lei complementar.

Diz também que a criação, expansão ou aperfeiçoamento da ação governamental que acarrete aumento de despesa será acompanhado de declaração do ordenador de despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a LOA e compatibilidade com o PPA e com a LDO.

De acordo com os termos do Artigo 19 dessa lei, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da federação, não poderá ultrapassar os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

- Para a União: 50% (cinquenta por cento).
- Para os estados: 60% (sessenta por cento).
- Para os municípios: 60% (sessenta por cento).

Integração dos instrumentos de planejamento governamental

A integração dos três instrumentos de planejamento governamental, quais sejam, PPA, LDO e LOA, se dará a partir da estrutura única de programas e ações.

No PPA são definidos os programas, as ações, os produtos, as metas e os indicadores. Na LDO ficam explicitadas as prioridades para cada ano, as metas e os riscos fiscais, os dispositivos sobre equilíbrio entre receita e despesa, as normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos do orçamento. Na LOA são alocados os recursos para a execução das ações durante o ano ao qual ela se refere.

Assim, para cada PPA existirão quatro LDO e quatro LOA, da seguinte forma, para os governos federal e estadual:

PPA 2004-2007	LDO 2004	LOA 2004
	LDO 2005	LOA 2005
	LDO 2006	LOA 2006
	LDO 2007	LOA 2007

Anualmente, a execução do orçamento anual (LOA) alimenta a avaliação e a revisão do PPA.

A elaboração do PPA: o programa e a ação



Exemplo

Os percentuais estabelecidos para a aplicação de recursos em ações e serviços de saúde pela Emenda Constitucional n. 29/2000 é um **condicionante das despesas com saúde**.

Na elaboração do PPA, pressupõe-se a existência de:

a) Integração estrutural do PPA com as LDO, as LOA e com a execução dos orçamentos – o que significa dizer que os programas e ações que constam no PPA são os mesmos da LDO e da LOA.

b) Coerência dos programas com a orientação estratégica do governo – a orientação estratégica deve ser resultante da avaliação da situação atual, da perspectiva para a ação do governo, dos compromissos de campanha (o PPA é elaborado no primeiro ano do governo eleito) e dos recursos disponíveis para o plano, identificados na projeção das receitas e dos **condicionantes das despesas**.

c) Programação dimensionada com base nas expectativas de receita para o quadriênio.

d) Atualização periódica e realimentação contínua do plano.

Os objetivos da elaboração do PPA são os seguintes:

I. Explicitar a orientação estratégica do governo, suas metas e prioridades.

II. Organizar em programas as ações setoriais, com resultados esperados (setor Saúde, setor Educação, setor Segurança etc.).

III. Melhorar o desempenho gerencial da administração pública da esfera do governo.

IV. Dar transparência à aplicação de recursos e seus resultados.

V. Definir responsabilidades para o gerenciamento dos programas – avaliar e cobrar resultados.

VI. Estimular parcerias público-privadas.

Como os programas a serem definidos para integrar o PPA devem ser coerentes com a orientação estratégica do governo e, também, cada programa deve ser formado por, no mínimo, duas ações, podemos identificar dois componentes na elaboração do PPA, quais sejam: a base estratégica e a programação (os programas e as ações).

A base estratégica

As orientações estratégicas estabelecidas pelo governo junto com os macro objetivos definidos servirão de base para a formulação das orientações estratégicas setoriais, a cargo dos dirigentes dos órgãos e/ou entidades (secretários de Estado/municipais e presidentes de empresas, fundações ou autarquias).

A programação

No PPA, a programação consiste na criação dos programas e na organização das ações que vão integrar cada um deles. Com base na orientação estratégica dos dirigentes dos órgãos e/ou entidades setoriais, na avaliação dos programas e ações em vigor e nos parâmetros de recursos definidos pelo governo para cada órgão/entidade, cada setor (secretaria/entidade) apresenta sua proposta de programas com as ações, os produtos, as metas e os valores globais por ação.

As propostas dos programas setoriais são encaminhadas ao órgão central de planejamento e orçamento do governo para validação do inventário de programas, ajuste das propostas setoriais, consolidação final do PPA e envio ao Poder Legislativo.

Para avaliação dos programas e ações em execução, devem ser observados os seguintes aspectos:

- Adequação do objetivo do programa às estratégias setoriais.
- Compatibilidade entre o objetivo do programa e as ações que o compõem.
- Necessidade e suficiência das ações relativamente ao resultado esperado do programa.
- Pertinência dos produtos em relação às ações onde estão sendo realizados.
- Necessidade da criação ou eliminação de ações ou produtos.
- Adequação das denominações dos programas e ações.

O programa

Além do conceito de programa estabelecido pela Portaria n. 42/1999 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, pode-se dizer também que o programa é um

No Estado do Rio de Janeiro foram definidos trinta macroobjetivos para a elaboração do PPA 2004-2007. Exemplos de macroobjetivos definidos:

- Sanear as finanças públicas.
- Criar condições para o desenvolvimento da extração, produção e beneficiamento do petróleo.
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida com ações que promovam a saúde da população.

conjunto articulado de ações que concorrem para a realização de um objetivo comum. E que esse objetivo expressa o resultado desejado e é mensurado por indicadores que permitem avaliar o seu alcance.

Os programas criados podem ser dos seguintes tipos:

- a) Programa finalístico. Exemplo: Assistência à saúde, Vigilância em saúde, Assistência farmacêutica.
- b) Programa de serviços do governo. Exemplo: Imprensa oficial.
- c) Programa de gestão de políticas públicas. Exemplo: Fortalecimento da área de saúde nos municípios.
- d) Programa de apoio administrativo. Exemplo: Gestão administrativa.
- e) Programas multissetoriais. Compreendem ações de diferentes órgãos, potencializam os resultados ao evitar duplicidade de ações e possibilitar sinergia de esforços. Um dos órgãos participantes é indicado para ser o gestor do programa. Exemplo: Acesso à alimentação, Assistência farmacêutica.

As despesas que não contribuem para a produção de serviços pelo governo não integram o PPA, porém devem ser incluídas na LOA. São as chamadas operações especiais, que compreendem despesas com o serviço da dívida, ressarcimentos e indenizações.

Além dos recursos do orçamento da esfera de governo, podem ser incluídos no PPA recursos não orçamentários (não provenientes do orçamento da esfera do governo). Por exemplo: a construção de uma refinaria de petróleo no norte do estado do Rio de Janeiro com recursos não orçamentários pode ser incluída no PPA desde que se identifiquem e se quantifiquem esses recursos e, também, que essa inclusão seja importante para a realização de outras ações do governo que serão incluídas no PPA com financiamento de recursos orçamentários.

Para a elaboração dos programas, deve ser observado pelo menos um destes pressupostos:

- A decisão de enfrentar um problema.
- O atendimento de uma demanda da sociedade.
- O atendimento de uma demanda dos órgãos públicos, viabilizando a realização adequada de suas atribuições.
- O aproveitamento de uma oportunidade ou uma potencialidade.

A constituição de programas tendo como pressuposto orientar toda a ação do governo para a resolução de problemas ou para atendimento das demandas da sociedade rompe com a visão departamentalizada das organizações do setor público, cuja tradição

tem sido a de otimizar sua função, independentemente dos resultados globais atingidos. A intenção é introduzir paulatinamente, nas organizações públicas, uma preocupação gerencial com objetivos a serem atingidos na sociedade, atender o cidadão e ter neste o seu referencial para a gestão (Garces & Silveira, 2002).

Para avaliar a consistência de um programa, devem-se observar os aspectos que se seguem.

- Seu objetivo deve:
 - estar alinhado com a orientação estratégica do governo;
 - expressar o problema ou demanda que se quer solucionar ou atender;
 - ser passível de mensuração por um ou mais indicadores;
 - ser compatível com os recursos disponíveis.
- Os produtos das ações que compõem o programa devem contribuir necessária e suficientemente para a concretização de seu objetivo.
- A escala e a complexidade do programa devem ser passíveis de gerenciamento eficaz.

São atributos do programa:

- a) Título – traduz a finalidade do programa.
- b) Objetivo – é o resultado esperado.
- c) Descrição – diz como chegar ao resultado.
- d) Indicador – permite mensurar o resultado.
- e) Unidade gestora – indica quem fará o gerenciamento.
- f) Público-alvo – identifica quem será beneficiado.
- g) Prazo de execução – indica o início e o término.
- h) Valor do programa – explicita quanto custará a cada ano.
- i) Ações que compõem o programa – são operações que realizam o objetivo do programa.

O indicador do programa deve:

- Ser capaz de medir o resultado do programa.
- Ser apurável em tempo oportuno.
- Ter seu índice alterado com a realização das ações.

Os atributos do indicador são os seguintes:

- Descrição.
- Índice mais recente (data da apuração).
- Índice desejado ao final do PPA e do programa.
- Periodicidade de apuração.
- Unidade de medida.
- Fonte.
- Base geográfica.
- Fórmula de cálculo.

Assim concebido, o programa se torna o elemento de integração entre o planejamento, o orçamento e a gestão.

No PPA 2000-2003, o governo federal adotou o modelo de gerenciamento por programas, com o objetivo de atribuir responsabilidades, orientar os esforços das equipes envolvidas na execução, para a obtenção de resultados, e, por último, assegurar a atualização permanente do plano. Para assegurar a qualidade do gerenciamento do programa, foram criados a figura do gerente de programa, o monitoramento em rede com o apoio de um sistema de informações gerenciais, o gerenciamento intensivo dos programas estratégicos e a avaliação anual de desempenho de todos os programas e do plano (Garces & Silveira, 2002).

A ação

No PPA, a ação é definida como o conjunto de operações do qual resultam produtos (bens ou serviços) que contribuem para a realização do objetivo do programa. As ações orçamentárias se classificam em projetos e atividades, cujos conceitos foram estabelecidos pela Portaria n. 42 de 14 de abril de 1999 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

São atributos da ação governamental no PPA:

- a) Título – traduz o propósito da ação.
- b) Objetivo específico – indica qual a contribuição dada para o resultado do programa.
- c) Unidade executora – identifica a unidade responsável pela sua execução.
- d) Prazo de execução – exclusivo para projetos.
- e) Produto – bem ou serviço resultante da realização da ação.

f) Unidade de medida do produto – padrão físico para quantificar o produto.

g) Meta – quantidade anual do produto prevista para ser realizada.

h) Dados financeiros – despesa anual prevista por grupo de fontes de recursos e por categoria econômica da despesa.

i) Regionalização – localização do produto.

O produto

O produto é o bem ou o serviço resultante da realização da ação. É importante esclarecer que só devem aparecer no PPA os produtos principais, de maior relevância, que reflitam os objetivos da ação e expressem o resultado da aplicação dos recursos. Muitas vezes, para a viabilização dos produtos principais é necessária a realização de **produtos complementares**. Os produtos complementares não necessariamente precisam constar do PPA, já que o PPA não é um plano de despesas. O valor relativo aos produtos complementares deve estar contido no custo estimado dos produtos principais.

Cada produto incluído no PPA deverá ter uma meta, que deve expressar a quantidade anual do produto prevista para ser realizada.

Sempre que possível, a meta deve ser regionalizada, indicando a localização onde será realizado o produto.

Avaliação e revisão do PPA

Como todo plano, o PPA também deve ser avaliado e revisto ao longo de sua execução. Dada a sua abrangência temporal de quatro anos, a avaliação e a revisão do PPA devem ser feitas anualmente. Ao órgão central de planejamento e orçamento do governo cabe avaliar e rever o PPA como um todo. Os órgãos gestores devem, por sua vez, avaliar e rever os seus programas e ações. Na avaliação e revisão do PPA, devem ser considerados principalmente os seguintes aspectos:

- O desempenho do conjunto de programas de cada área de atuação em relação aos macroobjetivos estabelecidos.
- A realização física e financeira das metas das ações dos programas de cada órgão.
- A adequação da estrutura de programas e ações.
- A relevância dos produtos que aparecem no PPA.



Exemplos de produtos complementares: pesquisas, estudos, locação de veículos, capacitação, entre outros.



Exemplos

1. Produto: unidade de hemoterapia reformada
 - Regionalização: Região Serrana – Meta: 1
 - Regionalização: Região Médio Paraíba – Meta: 1
2. Outros possíveis exemplos de produtos:
 - Pessoa atendida com fornecimento de medicamento excepcional
 - Inspeção realizada para fiscalização sanitária
 - Exame laboratorial realizado
 - Evento realizado na área da saúde
 - Unidade hospitalar com atendimento domiciliar implantado
 - Farmácia popular implantada

A avaliação anual do PPA deverá subsidiar sua revisão no exercício seguinte, bem como as próximas leis de diretrizes orçamentárias e orçamentária anual.

Bem, até aqui já se têm as seguintes definições:

- os programas;
- as ações que compõem cada um dos programas;
- os produtos resultantes da realização de cada ação;
- a regionalização dos produtos e
- as metas esperadas para cada produto e para cada ano do período do PPA.



Exemplo:

Programa X

Ação 1 do Programa X

1º produto

Região Y

Meta para o primeiro ano do PPA

Meta para o segundo ano do PPA

Meta para o terceiro ano do PPA

Meta para o quarto ano do PPA

Região R

Meta para o primeiro ano do PPA

Meta para o segundo ano do PPA

Meta para o terceiro ano do PPA

Meta para o quarto ano do PPA

2º produto

Região M

Meta para o primeiro ano do PPA

Meta para o segundo ano do PPA

Meta para o terceiro ano do PPA

Meta para o quarto ano do PPA

Ação 2 do Programa X

1º produto

Região

Meta para cada ano do PPA

...

E assim se continua, até a conclusão do conteúdo do plano... O próximo passo será elaborar o orçamento para executar o que foi planejado – os programas, as ações, os produtos e as metas.

O orçamento e as classificações de receitas e de despesas

Uma vez definidos os programas com seus objetivos, as ações integrantes dos programas e os produtos resultantes de cada ação, com as correspondentes metas quantificadas, chega o momento de se prever quanto custará a realização de cada ação para que sejam alcançados os objetivos dos programas. Em outras palavras, é a hora de se elaborar o **orçamento**.

O orçamento pode ser considerado também como instrumento:

- administrativo, porque permite o controle da ação gerencial e facilita a tomada de decisões;
- financeiro, porque expressa a valorização financeira de uma ação;
- contábil, porque é a partir de sua execução que se realizam os registros contábeis;
- jurídico, porque está regulamentado por lei, e
- político, porque é uma forma de controle do Poder Legislativo sobre o Poder Executivo.

Orçamento: é o documento no qual se expressa a valorização financeira dos recursos para alcançar determinados objetivos pré-fixados. Pode ser entendido como o elo entre o planejamento e os recursos financeiros. É um instrumento de alocação de recursos para produzir bens e serviços.

Para elaborar o orçamento, não basta apenas informar as receitas e as despesas previstas para a realização de cada ação. É preciso organizar e agrupar as informações sobre receitas e despesas.

Algumas perguntas:

- Como as informações sobre receitas e despesas devem ser organizadas e agrupadas?
- Olhando o orçamento do governo, é possível identificar o da saúde?
- Como visualizar no orçamento do governo os programas e as ações do PPA?

Classificações orçamentárias:

são agrupamentos das informações por meio de códigos numéricos, que permitem identificar os recursos financeiros, sua origem e sua destinação, bem como os órgãos ou entidades responsáveis pelo gasto, entre outras informações relevantes.

Receita tributária: provém do recolhimento de impostos, taxas e contribuição de melhoria.

Receita de contribuição: compreende as contribuições sociais (ex.: contribuição para os regimes de previdência) e contribuições econômicas (ex.: no caso do petróleo, a Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico - Cide).

Receita patrimonial: provém do resultado financeiro da utilização de bens mobiliários ou imobiliários (ex.: aluguéis, dividendos e lucro com aplicação financeira etc.).

Receita agropecuária: provém das atividades ou explorações agropecuárias (produções próprias e/ou beneficiamento ou transformação desses produtos).

Receita industrial: provém de atividades industriais próprias e exploradas diretamente.

Receitas de serviços: provém da prestação de serviços próprios, abrangendo as atividades de comércio, transporte, comunicação etc.

Transferências e receitas correntes: provém de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado.

Fato gerador: é o ato ou operação que gera a receita.

Tanto para facilitar a elaboração do orçamento quanto para entendê-lo, as receitas e as despesas devem ser classificadas e codificadas na apresentação dos orçamentos públicos. As formas de se organizar e agrupar receitas e despesas são chamadas de **classificações orçamentárias**, de utilização obrigatória nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

As classificações orçamentárias são instituídas por meio de normas legais (decretos, portarias, resoluções ou outras), com o objetivo de uniformizar conceitos e códigos numéricos. A adoção de classificações orçamentárias codificadas facilita a consolidação, a apresentação e a execução do orçamento, tanto no âmbito inter e intra-institucional como no inter e intra-setorial. Os códigos numéricos utilizados nas classificações orçamentárias têm o objetivo de dar transparência; porém, como toda informação codificada, seu entendimento não é automático e requer decodificação.

Nas três esferas de governo, os fundos de saúde têm receitas específicas. Por essa razão, será abordada inicialmente a classificação orçamentária da receita.

Classificação orçamentária da receita

As receitas públicas são classificadas sob diversos aspectos, com o propósito de permitir a transparência de suas origens, sua estimativa, execução, acompanhamento, avaliação e controle. Neste texto serão abordadas as classificações orçamentárias da receita por natureza econômica e por fonte de recursos.

a) Classificação da receita por natureza econômica

Segundo as categorias econômicas, as receitas se classificam em receitas correntes e de capital.

- **Receitas correntes** – compreendem as **receitas tributárias**, as **receitas de contribuições**, a **receita patrimonial**, a **receita agropecuária**, a **receita industrial**, a **receita de serviços**, as transferências correntes e outras receitas correntes.
- **Receitas de capital** – compreendem operações de crédito, alienação de bens, amortização de empréstimos, transferências de capital e outras.

A classificação da receita por fonte e subfonte do crédito vai permitir identificar o **fato gerador** do ingresso daquele recurso nos cofres do governo ou da instituição. Exemplo: se os recursos ingressaram nos cofres do governo em decorrência da cobrança de tributos, como impostos ou taxas, esse crédito deverá ser classificado como 'receita tributária'. No entanto, se a razão da entrada dos recursos foi a obtenção de um empréstimo, a receita será classificada como 'operação de crédito'.

b) Classificação da receita por fonte de recursos

A classificação da receita por fonte de recursos (FR) é muito utilizada no detalhamento da receita e da despesa públicas. A estimativa e a realização da receita pública são gerenciadas por **fonte de recursos**.

A fixação e a execução da despesa pública consideram o montante de cada fonte que proverá o crédito, de modo a demonstrar a compatibilidade entre as despesas e as receitas que as financiam. Em outras palavras, trata-se de se alcançar a correspondência entre despesas e receitas.



Exemplo

No orçamento da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES/FES/RJ) aprovado para o exercício de 2004, estavam incluídas as seguintes fontes de recursos:

Recursos do Tesouro do estado

- Fonte 00 - ordinários provenientes de impostos.
- Fonte 01 - ordinários não provenientes de impostos.
- Fonte 22 - Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais.

Recursos de outras fontes

- Fonte 13 - convênios, administração indireta.
- Fonte 25 - recursos do SUS (transferências fundo a fundo e prestação de serviços hospitalares).

Ainda tomando como exemplo o estado do Rio de Janeiro, os recursos de outras fontes propostos pela SES/RJ para compor a receita do Fundo Estadual de Saúde foram classificados da seguinte forma:

- **Recursos diretamente arrecadados, administração indireta.** Recursos oriundos da cobrança das taxas de prestação de serviços da vigilância sanitária: taxas de análises prévias; de consulta técnica; de perícia de contraprova; de licença inicial; de revalidação de licença; de mudança de endereço; de visto em plantas e outras taxas de saúde.
- **Remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados – Fundo de Saúde.** Recursos oriundos de aplicações no mercado financeiro, de acordo com a legislação vigente. Para não perder o poder aquisitivo original, todos os recursos recebidos pelo Fundo de Saúde devem ser aplicados no mercado financeiro. A aplicação é obrigatória e só pode ser feita com observância das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. O resultado dessa aplicação constitui-se em receita com classificação orçamentária específica.

Fontes de recursos

No estado do Rio de Janeiro, a classificação da receita por fonte de recursos compreende dois grandes grupos: Recursos do Tesouro do estado e Recursos de outras fontes.

Recursos diretamente arrecadados, administração indireta: classificam-se como receita corrente tributária oriunda da cobrança de taxas, cujo código numérico é 1121.17.00. Quanto à fonte de recursos, o código é 10.

Remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados - Fundo de Saúde: classifica-se como receita patrimonial referente ao resultado financeiro decorrente de valores mobiliários, cujo código numérico é 1325.01.03. Quanto à fonte de recursos, o código é 25, pois decorre da aplicação de recursos classificados nesta fonte.

Remuneração de outros depósitos bancários de recursos vinculados:

classifica-se como receita patrimonial referente ao resultado financeiro decorrente de valores mobiliários, cujo código numérico é 1325.01.99. Quanto à fonte de recursos, o código é 13, pois decorre da aplicação de financeira de recursos classificados nesta fonte.

Serviços hospitalares:

classificam-se como receita de serviços hospitalares, cujo código numérico é 1600.05.01. Quanto à fonte de recursos, o código é 25.

Transferências do SUS:

classificam-se como transferências correntes do SUS, cujo código numérico é 1721.33.00. Quanto à fonte de recursos, o código é 25.

Transferências correntes de convênios:

seu código numérico é 1761.01.00; quanto à fonte de recursos, o código é 13.

Transferências de capital de convênios da União:

Seu código numérico é 2471.01.00; quanto à fonte de recursos, o código é 13.

- **Remuneração de outros depósitos bancários de recursos vinculados.** Recursos oriundos de aplicações de recursos de convênios no mercado financeiro, de acordo com a legislação vigente.
- **Serviços hospitalares.** Recursos recebidos pela prestação de serviços hospitalares/ambulatoriais (Sistema de Informações Hospitalares – SIH e Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA), realizados pelas unidades próprias de saúde estaduais.
- **Transferências do Sistema Único de Saúde (SUS).** Recursos transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde, vinculados a despesas específicas. Exemplos: transferência para ações de vigilância sanitária; para aquisição de medicamentos excepcionais; incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/Aids e outras.
- **Transferências correntes de convênios da União para o SUS.** Recursos de convênios firmados com a União na área da saúde, para a realização de objetivos comuns. São destinados a custear despesas correntes.
- **Transferências de capital de convênios da União.** Recursos oriundos de convênios firmados na área da saúde, para a realização de objetivos de interesse comum, e destinados a custear despesas de capital (obras de reforma/construção, aquisição de equipamentos/material permanente).

Para demonstrar o uso da classificação orçamentária da receita, apresenta-se na tabela a seguir o detalhamento da receita do Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, aprovado para o exercício 2005. Verifica-se que não foi aprovada a inclusão de recursos diretamente arrecadados pela Vigilância Sanitária (fonte 10).

Natureza da receita	Fonte	Descrição	Valor R\$
1325.01.03	25	Receita de remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados – Fundo Estadual de Saúde (FES)	6.954.206,00
1325.01.99	13	Receita de remuneração de outros depósitos bancários de recursos vinculados	545.460,00
1600.05.01	25	Serviços hospitalares	60.000.000,00
1721.33.00	25	Transferências de recursos do SUS	400.710.964,00
1761.01.00	13	Transferência de convênios da União para o SUS	12.299.590,00
2471.01.00	13	Transferências de recursos do SUS	13.718.903,00
Total geral			494.229.123,00

Fonte: Decreto Estadual n. 36.868, de 14/01/2005, publicado no *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* de 17/01/2005.

Classificações orçamentárias da despesa

As classificações orçamentárias permitem visualizar a despesa sob diversos ângulos e responder às seguintes perguntas:

- Qual é o órgão responsável pela despesa?
- Em que área de ação governamental a despesa está alocada?
- Para que ação governamental os recursos estão destinados? Qual a finalidade?
- O que será adquirido? Qual o efeito da realização da despesa sobre a economia?
- Que recursos financiarão a despesa?

Observando-se essa seqüência, pode-se classificar a despesa orçamentária da seguinte forma:

- a) Classificação institucional.
- b) Classificação funcional.
- c) Classificação programática.
- d) Classificação econômica.
- e) Classificação por fonte de recursos.

a) Classificação institucional da despesa

A classificação institucional permite identificar o órgão/instituição que está autorizado a realizar a despesa. Essa classificação acompanha a organização administrativa do governo ou da instituição, para a qual o orçamento é elaborado, até um determinado nível de desdobramento, que se denomina **unidade orçamentária**.

A Lei Federal 4.320/1964 define **unidade orçamentária** como “Agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações orçamentárias próprias. Em casos excepcionais, serão consignadas dotações a unidades administrativas subordinadas ao mesmo órgão”.



Exemplos de classificação institucional da despesa

No governo federal	Órgão: Ministério da Saúde	Unidade orçamentária: Fundo Nacional de Saúde
	Código do órgão: 36	Código da unidade orçamentária: 901
	No orçamento da União, toda ação cuja classificação se inicia pelo código 36.901 é uma ação do Ministério da Saúde incluída no Fundo Nacional de Saúde.	
No governo do estado do Rio de Janeiro	Órgão: Secretaria de Estado da Saúde	Unidade orçamentária: Fundo Estadual de Saúde
	Código do órgão: 29	Código da unidade orçamentária: 61
	No orçamento do estado do Rio de Janeiro, toda ação cuja classificação se inicia pelo código 29.61 é uma ação do Ministério da Saúde incluída no Fundo Estadual de Saúde.	

b) Classificação funcional da despesa

A classificação funcional serve para agregar os gastos públicos por área de ação governamental. Compõe-se de um conjunto de funções e subfunções prefixadas, cuja atualização mais recente foi estabelecida pela Portaria n. 42/1999, expedida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, publicada no *Diário Oficial da União* de 15 de abril de 1999.

As áreas de atuação do governo encontram-se classificadas em 28 funções e 109 subfunções, de acordo com a Portaria n. 42/1999. A saúde é considerada uma função. Nesta tabela, as seis subfunções específicas da Saúde:

Função		Subfunção	
Nome	Código numérico	Nome	Código numérico
Saúde	10	Atenção básica	301
		Assistência hospitalar e ambulatorial	302
		Suporte profilático e terapêutico	303
		Vigilância sanitária	304
		Vigilância epidemiológica	305
		Alimentação e nutrição	306

Fonte: Portaria MPOG 42, de 14 de abril de 1999.

**Exemplo**

Ação: Aquisição e distribuição de medicamentos

Função: Saúde – código 10

Subfunção: Suporte profilático e terapêutico – código 303

Classificação funcional: 10.303

Enquanto a função representa o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público, a subfunção identifica a natureza básica das ações que se agrupam em torno das funções. Mas, as subfunções também podem ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estão vinculadas.



Vejamos o exemplo de como classificar a ação da função Saúde, denominada 'Gestão da informação para apoio à tomada de decisão em saúde'.

Função		Subfunção	
Nome	Código numérico	Nome	Código numérico
Administração	04	Planejamento e orçamento	121
		Administração geral	122
		Administração financeira	123
		Controle interno	124
		Normatização e fiscalização	125
		Tecnologia da informação	126
		Ordenamento territorial	127
		Formação de recursos humanos	128
		Administração de receitas	129
		Administração de concessões	130
		Comunicação social	131

Fonte: Portaria MPOG 42, de 14 de abril de 1999.

Utilizando os dois quadros anteriores, podemos classificar a ação 'Gestão da informação para apoio à tomada de decisão em saúde' com os seguintes códigos 10 (Saúde) e 126 (Tecnologia da informação). A ação fica assim classificada: 10.126.

c) Classificação programática da despesa

A classificação programática decorre da estrutura de programas e ações concebida no Plano Plurianual (PPA) do governo. Todos os programas e ações recebem um código numérico estabelecido pelo órgão central de planejamento e orçamento da esfera de governo. A classificação programática da despesa desdobra-se em programas e ações.

No estado do Rio de Janeiro, tanto os programas como as ações são codificados com quatro algarismos cada, sendo que para os projetos o primeiro algarismo é sempre ímpar e para as atividades, é par.



Exemplo de classificação orçamentária da despesa

Programa: Assistência farmacêutica

Ação: chamada 'Aquisição e distribuição de medicamentos'

- Código do programa: 0253
- Código da ação: 2155 (é uma atividade, começa com um número par)

Classificação programática da despesa: 0253.2155

Pela especificidade do conteúdo da ação e de seus produtos, pode-se classificar a despesa numa subfunção, independentemente de sua relação institucional. Em seguida, é feita a associação com a função, voltada para a área de atuação característica do órgão ou entidade em que a despesa está sendo ou será efetuada.



Exemplo do Rio de Janeiro:

Construção, reforma e modernização de unidades de saúde é um projeto, e seu código é 1521. Manutenção das atividades operacionais e administrativas é uma atividade, e seu código é 2016.

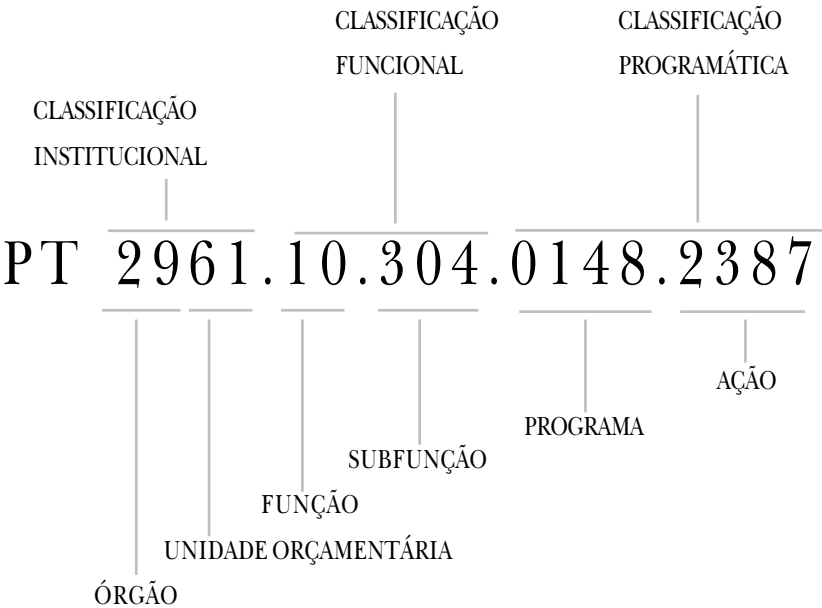
As classificações orçamentárias e o programa de trabalho

A junção das classificações institucional, funcional e programática compõe um código completo conhecido como 'programa de trabalho', mais conhecido pela sigla PT. Cada ação orçamentária incluída no PPA corresponde a um PT no orçamento. Exemplo:

Órgão, função, subfunção, programa, atividade	CÓDIGO
Órgão responsável pelo gasto: SES/FES	2961
Função: Saúde	10
Subfunção: Vigilância sanitária	304
Programa: Vigilância em saúde	0148
Ação: Vigilância sanitária	2387



Ordenando-se as classificações contidas no quadro acima, no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro a ação de Visa corresponde ao programa de trabalho PT 2961.10.304.0148.2387.



d) Classificação econômica da despesa

A classificação econômica da despesa ressalta os efeitos dos gastos sobre a economia. De acordo com esse critério, a despesa será classificada nas seguintes categorias econômicas:

- Despesas correntes
 - Despesas de custeio
 - Transferências correntes
- Despesas de capital
 - Investimentos
 - Inversões financeiras
 - Transferências de capital

Essas categorias se desdobram em elementos de despesa, de acordo com suas especificações ou discriminações.

1) Despesas de custeio: pessoal e encargos sociais, diárias, passagens, material de consumo, consultoria, serviços de terceiros prestados por pessoa física, serviços de terceiros prestados por pessoa jurídica, sentenças judiciais e despesas de exercícios anteriores.

2) Transferências correntes: intragovernamentais, intergovernamentais, a instituições privadas, ao exterior e outras.

3) Investimentos: obras e instalações, equipamentos, material permanente, constituição ou aumento de capital de empresas industriais e agrícolas e despesas de exercícios anteriores.

4) Inversões financeiras: aquisição de imóveis, aquisição de outros bens de capital já em utilização, aquisição de bens para revenda e outras.

5) Transferências de capital: intragovernamentais, intergovernamentais, a instituições privadas, ao exterior e outras.

Por sua vez, esses elementos de despesa se desdobram em subelementos segundo suas especificações. Exemplos:



1) Material de consumo: medicamento comum, medicamento excepcional, luvas, seringas, reagentes, papel, disquete, *toner*, pasta de cartolina, filme radiológico, embalagem para transportar material de análise etc.

2) Diárias: no país ou no exterior.

3) Serviços de terceiros prestados por pessoa jurídica: guarda e vigilância, higiene

e limpeza, serviços gráficos de impressão/reprodução, locação de veículos, fornecimento de alimentação preparada, manutenção de elevador etc.

4) Equipamento/material permanente: móveis, impressora, microcomputador, fogão, aparelho de raios X, veículo automotor, maca etc.

O código numérico da classificação econômica da despesa até o nível de subelemento compreende seis algarismos, sendo quatro para identificar o elemento de despesa e dois para o subelemento. O código das despesas correntes começa com 3 e o das despesas de capital, com 4. Exemplos:



1) Material de consumo - código 3390.30 (elemento de despesa)

a. Medicamento comum - código 3390.30.07 (subelemento de despesa)

b. Medicamento excepcional - código 3390.30.24 (subelemento de despesa)

2) Equipamento/material permanente - código 4490.52 (elemento de despesa)

a. Veículo - código 4490.52.03 (subelemento de despesa)

b. Equipamentos de informática - código 4490.52.16 (subelemento de despesa)

c. Equipamento de uso hospitalar - código 4490.52.17 (subelemento de despesa)

e) Classificação da despesa por fonte de recursos

Esta classificação permite identificar a fonte de recursos que financiará a despesa. As fontes e seus respectivos códigos numéricos deverão ser os mesmos utilizados na classificação orçamentária da receita.

Dotação orçamentária

Dá-se o nome de dotação orçamentária ao valor aprovado no orçamento para a despesa correspondente à combinação das cinco classificações orçamentárias.



Exemplo

Ação: Vigilância sanitária

Programa de trabalho: PT 2961.10.304.0148.2387

Elemento de despesa: 4490.52 (equipamentos/material permanente)

Fonte de recursos: 25

Valor aprovado no orçamento: R\$100.000,00

Diz-se, então, que a dotação orçamentária destinada à aquisição de equipamentos ou material permanente com recursos de fonte 25 para a vigilância sanitária é de R\$ 100.000,00.

Etapas do processo orçamentário

- 1 - Elaboração da proposta orçamentária
- 2 - Aprovação da proposta orçamentária
- 3 - Execução orçamentária
- 4 - Controle da execução orçamentária

Elaboração da proposta orçamentária

A elaboração da proposta orçamentária envolve a estimativa anual da receita e a previsão anual da despesa, devendo ser observado o princípio do equilíbrio entre a receita e a despesa.

Estimativa anual da receita

Nos estados e municípios, geralmente, a estimativa da receita referente aos recursos do Tesouro é elaborada pela Secretaria Estadual ou Municipal de Fazenda ou órgão semelhante. Às secretarias de Saúde cabe estimar a receita anual dos recursos de outras fontes que irão compor o orçamento da receita dos fundos de saúde. Para tanto, deve-se trabalhar com base em memória de cálculo detalhada para cada natureza da receita. Todas as receitas previstas devem ser incluídas no orçamento, inclusive as decorrentes de aplicação financeira dos recursos recebidos.

A estimativa anual da receita também pode ser chamada de orçamento da receita. A estimativa da receita deve ser consolidada e apresentada segundo sua classificação por natureza econômica e por fonte de recursos.

Após elaborar a estimativa anual da receita do Fundo de Saúde, a Secretaria de Saúde encaminha sua proposta orçamentária de receita para o órgão central de planejamento e orçamento da esfera de governo para análise e aprovação. O órgão central pode questionar a memória de cálculo apresentada e, se for o caso, fazer ajustes.

Previsão anual da despesa

Para fazer a previsão anual da despesa, devem ser observados os parâmetros (limites de valor) fornecidos pelo órgão central de planejamento e orçamento, no que se refere às despesas financiadas com recursos do Tesouro, e a estimativa anual da receita oriunda de recursos de outras fontes já elaborada.

Para cada ação orçamentária proposta no PPA, devem ser detalhadas as despesas previstas para a realização de suas metas no exercício a que se refere a proposta orçamentária, observando-se a coerência entre os produtos, as metas e o valor proposto. A despesa deve ser detalhada por região, por elemento de despesa e por fonte de recursos.

Concluída a previsão anual da despesa, a Secretaria de Saúde encaminha sua proposta orçamentária de despesa para o órgão central de planejamento e orçamento.

Cabe a esse órgão analisar as propostas setoriais enviadas por todos os órgãos do governo, fazer ajustes e adequações, se for o caso, preparar quadros demonstrativos complementares, consolidar as propostas setoriais, preparar a Mensagem de Encaminhamento ao Poder Legislativo e submeter toda a proposta ao chefe do Poder Executivo. Estando de acordo, o governador do estado ou o prefeito assina a mensagem e encaminha a proposta orçamentária ao Legislativo. Se necessário, são feitas alterações e, finalmente, a proposta orçamentária é encaminhada ao Poder Legislativo.

Prazos para encaminhamento ao Legislativo respectivo

- União: até 30 de agosto.
- Estados: até 30 de setembro.
- Municípios: até 30 de setembro.

Aprovação da proposta orçamentária

No Poder Legislativo a mensagem se transforma em projeto de lei orçamentária anual e é analisada pelos parlamentares, que, para tanto, se organizam em comissões. De acordo com a Constituição de 1988, o Legislativo pode alterar a proposta orçamentária encaminhada pelo Executivo, mediante a inclusão de **emendas parlamentares**.

Uma vez votado pelo Poder Legislativo, o projeto de lei orçamentária anual é encaminhado para sanção do chefe do Executivo, após o que se transformará na Lei Orçamentária Anual, que deverá ser publicada em diário oficial.

Execução orçamentária

A execução orçamentária consiste na utilização dos créditos consignados no orçamento anual e em suas suplementações, com vistas à realização das ações propostas. Após a aprovação da Lei Orçamentária Anual, as despesas são detalhadas, para se dar início à execução do orçamento anual. Os Quadros de Detalhamento das Receitas (QDR) e os das Despesas (QDD) são aprovados por decreto e publicados em diário oficial. Os procedimentos para a execução orçamentária também são estabelecidos anualmente por decreto. O orçamento é executado tanto no que diz respeito à receita quanto à despesa.

Emendas parlamentares são propostas de alterações ao texto do projeto de lei. No orçamento, elas só podem ser aprovadas se forem compatíveis com o PPA e com a LDO. Nelas também devem ser indicados os recursos necessários, sendo admitidos os provenientes de anulação de despesas. A área da saúde é uma das favoritas dos parlamentares para a inclusão de emendas na proposta orçamentária.

Execução orçamentária da receita

A execução orçamentária da receita consiste em registrar todos os créditos recebidos, nas suas correspondentes classificações orçamentárias. O registro da receita é feito pelo regime de caixa, ou seja, de acordo com o mês em que efetivamente ocorreu o ingresso dos recursos.

O acompanhamento da execução orçamentária da receita deve ser mensal. Os créditos recebidos são considerados como 'receita realizada', e a diferença para o valor anual estimado é a chamada 'receita a realizar'.



Exemplo: Janeiro de 2005

Natureza da receita - Transferências do SUS

Estimativa anual - R\$ 400.710.954,00

Receita realizada - R\$ 30.000.000,00

Receita a realizar - R\$ 370.710.954,00



Exemplo de registro da receita:

Em janeiro de 2005, o Ministério da Saúde transferiu para o Fundo Estadual de Saúde (FES) recursos destinados à aquisição de medicamentos excepcionais referentes à competência dezembro 2004. Essa receita deverá ser registrada e contabilizada como receita de janeiro de 2005.

Execução orçamentária da despesa

Geralmente, as pessoas demonstram curiosidade em conhecer o valor total do orçamento do governo ou de um de seus órgãos. Costumam também prestar mais atenção na discussão do projeto de lei no Poder Legislativo. Esses aspectos são importantes, porém o fundamental é o processo de execução dos recursos aprovados para o orçamento. É nesta fase que as atividades e os projetos incluídos no PPA e no orçamento começam a sair do papel para se transformar em realidade. A execução orçamentária é, portanto, a etapa mais importante do processo orçamentário.

Em resumo

De nada adianta incluir no Plano Plurianual e na Lei Orçamentária Anual uma ação se, até o final do exercício financeiro, ela não for executada. Parlamentares costumam discutir e brigar para apresentar e incluir no orçamento emendas que, muitas vezes, não são executadas. Isso acontece porque a lei orçamentária tem caráter autorizativo, ou seja, o Poder Executivo fica autorizado a fazer a despesa, o que não significa estar obrigado a fazê-la.

Pode-se dizer que a execução orçamentária da despesa tem início com a solicitação de compra de bens e serviços pelo setor interessado, o que dá origem à abertura de um processo de aquisição de material ou de prestação de serviços.

O valor da despesa é estimado por outro setor, seguindo-se, então, os procedimentos de realização de compras previstos na legislação específica, seja mediante

Dispensa de licitação - entre os casos previstos na legislação, os mais comuns são: valor inferior a R\$ 8.000,00; situação comprovada de emergência; compras ou prestação de serviços por entidade integrante da administração pública.

Inexigibilidade de licitação: quando é inviável a competição.

Convite: até R\$ 80.000,00.

Tomada de preços: até R\$ 650.000,00.

Concorrência: valor maior que R\$ 650.000,00.

Pregão: para qualquer valor, prazo de realização mais curto, negociação transparente, esclarecimentos imediatos de dúvidas, bons preços.

Empenhar a despesa: segundo a Lei Federal n. 4.320, de 17 de março de 1964, o empenho da despesa “é o ato emanado de autoridade competente, que cria para o Estado a obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição”.

dispensa ou inexigibilidade de licitação, ou por uma das modalidades de licitação: **convite, tomada de preços, concorrência, pregão presencial** ou **pregão eletrônico**.

O tempo necessário para se concluir um procedimento de compra depende de diversos fatores, entre os quais se destacam:

- o objeto da compra (um ou vários itens);
- a precisão com que foram definidas as especificações do objeto da compra;
- o procedimento de realização de compra adotado para o objeto da compra;
- o fluxo interno, estabelecido no órgão, para a tramitação dos processos de despesa;
- a agilidade interna de cada um dos setores envolvidos na tramitação do processo de compra;
- a agenda de trabalho da comissão de licitação e, em alguns casos,
- a existência de recursos orçamentários liberados para a execução da despesa.

O empenho da despesa

Concluído o procedimento de compra, o próximo passo da execução orçamentária consiste em **empenhar a despesa**. O empenho é uma das fases mais importantes por que passa a despesa pública. A autorização para empenhar uma despesa é concedida pela autoridade competente (ordenador de despesa), mediante assinatura em documento específico, o qual no estado do Rio de Janeiro se denomina Nota de Autorização de Despesa (NAD).

Uma vez autorizada, o empenhamento da despesa é formalizado com a emissão da Nota de Empenho (NE), que deve ser assinada pelo servidor responsável por sua emissão. Geralmente, o ordenador de despesa não assina a NE.

As NE são numeradas sequencialmente dentro de cada exercício. Nela constam vários dados, entre os quais se destacam os seguintes:

- número do empenho;
- data da emissão;
- classificação orçamentária da despesa, especificando o programa de trabalho, a natureza da despesa, a fonte de recursos;
- procedimento de compra adotado para a despesa;
- nome, CNPJ/CPF do favorecido (fornecedor do material ou prestador de serviços);
- número da conta corrente do favorecido (banco, agência e conta corrente);
- valor da despesa;
- descrição resumida da despesa;
- número da conta corrente pagadora da despesa.

Importante

De acordo com a Lei Federal n. 4.320/1964, toda despesa deve ser empenhada previamente, ou seja, antes de ser realizada.

A concretização/materialização da despesa

Após a emissão do empenho da despesa, o próximo passo consiste em entregar a NE ao favorecido, ou seja, ao fornecedor do material ou ao prestador de serviço. Ao receber o empenho, o fornecedor de material/prestador de serviços assina uma das vias da NE e registra a data do recebimento. No caso de a despesa ser objeto de formalização de contrato (exemplos: entrega parcelada de material de consumo, locação de veículos pelo período de 12 meses), o favorecido assina também todas as vias do contrato nesse momento.

De posse da NE e, se for o caso, com o contrato já assinado, ele pode entregar o material ou prestar os serviços. Feito isso, o fornecedor/prestador de serviços emite um documento de cobrança (nota fiscal/fatura/nota de débito), que deverá ser atestado por, no mínimo, dois servidores públicos.

A liquidação da despesa

A partir do documento de cobrança, devidamente atestado, tem início o momento da liquidação da despesa. A liquidação consiste em verificar o direito ao pagamento adquirido pelo credor (favorecido da NE). O objetivo da liquidação é apurar a origem do que se deve pagar, o objeto, o valor exato e a quem se deve pagar para extinguir a obrigação do governo.

**Atenção**

É bom que fique claro, por isso se reitera, que liquidação não significa pagamento da despesa.

O pagamento da despesa

Este momento consiste em um despacho, lavrado no processo por autoridade competente, determinando que a despesa, já devidamente empenhada e liquidada, seja paga. O pagamento, que é o último passo da execução da despesa, pode ser feito por meio de cheques nominativos ou ordens bancárias.

Síntese dos passos da execução orçamentária da despesa

- 1 - Solicitação de compra
- 2 - Conclusão do procedimento de compra
- 3 - Empenho da despesa
- 4 - Entrega da NE ao favorecido
- 5 - Entrega do material/prestação dos serviços, com emissão de nota fiscal/fatura/nota de débito (documento de cobrança)
- 6 - Liquidação da despesa
- 7 - Pagamento da despesa

O responsável pela gestão de recursos deve buscar conhecer, no seu local de trabalho, o fluxo administrativo utilizado na tramitação dos processos de despesa e identificar os setores administrativos que participam diretamente desse fluxo. Esse conhecimento é essencial para fazer o planejamento anual de suas compras. Vai permitir identificar o tempo de antecedência com que deve solicitar a aquisição de um bem ou a prestação de um serviço. Facilita também o acompanhamento da tramitação dos processos de despesa de seu interesse. Dessa forma, pode evitar, por exemplo, que se agende a realização de um evento para determinada data e, na véspera, se descubra que o procedimento licitatório ainda não foi concluído ou que a despesa não foi empenhada.

Conhecendo o fluxo administrativo de compras, pode-se avaliar o processo de trabalho do ponto de vista da gestão e assim, se for o caso, propor ajustes.

Quem pode autorizar a realização de uma despesa?

No Poder Executivo do estado do Rio de Janeiro, o governador, os secretários de Estado, os presidentes de autarquias, fundações e empresas públicas têm competência para autorizar despesas, são ordenadores natos.

De acordo com o Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Estado do Rio de Janeiro, instituído pela Lei Estadual 287/1979, a competência para autorizar despesas é passível de ser delegada, o que geralmente acontece nos órgãos públicos. Os secretários de Estado e/ou presidentes de autarquias, empresas públicas ou fundações costumam delegar a um ou mais servidores, de sua estreita confiança, a competência para autorizar despesas: são os ordenadores de despesa.

Alterações orçamentárias

Ao longo do exercício, podem surgir situações em que seja necessário realizar despesa não prevista no orçamento aprovado ou despesa prevista, mas cuja dotação orçamentária aprovada é inferior ao valor estimado no momento de sua execução.

Surgem, então, as seguintes perguntas:

- O que fazer quando for necessário realizar despesas não previstas no orçamento?
- Como proceder quando o valor da despesa for superior à dotação orçamentária aprovada na LOA?

Para esses casos, a legislação prevê a possibilidade de serem feitas alterações orçamentárias, que são chamadas de créditos adicionais.

Os **créditos adicionais** classificam-se em:

a) **Créditos suplementares** – destinam-se a reforçar a dotação orçamentária já existente.

Créditos adicionais: segundo os termos do artigo 40 da Lei Federal 4.320/1964, “créditos adicionais são autorização de despesas não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei Orçamentária Anual”.

b) Créditos especiais – destinam-se a incluir despesas para as quais não haja dotação específica.

c) Créditos extraordinários – destinam-se a incluir despesas urgentes e imprescindíveis, como as decorrentes de guerra, subversão interna ou calamidade pública.

Como são formalizados os créditos adicionais?

Créditos suplementares especiais	→	Autorizados por lei e abertos por decreto do Poder Executivo
Créditos extraordinários	→	Abertos por decreto do Poder Executivo, que deles deve dar conhecimento imediato ao Poder Legislativo

O limite para alteração do orçamento mediante abertura de créditos suplementares é fixado na Lei Orçamentária Anual. A Constituição Federal (parágrafo 8º, artigo 167) e a Lei Federal 4.320/64 (artigo 7º, inciso I) autorizam a inclusão, na lei de orçamento, de dispositivo que permite ao Executivo abrir crédito suplementar até determinado limite. Assim, o Poder Executivo tem competência legal para, por meio de decretos, abrir créditos suplementares, até o valor do limite fixado na LOA, sem ouvir o Poder Legislativo. Para ultrapassar esse limite, o Executivo precisará pedir nova autorização ao Legislativo.

Pelo fato de estarem relacionados a despesas novas, a abertura de créditos especiais depende de prévia autorização por lei.

De onde vêm os recursos para a abertura de créditos suplementares e especiais?

A Lei Federal 4.320/64, em seu artigo 43, determina que “A abertura dos créditos suplementares e especiais depende da existência de recursos disponíveis para acorrer à despesa e será precedida de exposição justificativa”.

No estado do Rio de Janeiro, há outro tipo de alteração orçamentária que não depende de autorização do Legislativo e cujo valor não é incluído no limite, fixado na lei do orçamento, para abertura de créditos suplementares e especiais. Chama-se **modificação de orçamento**, e sua formalização dispensa a assinatura de decreto executivo. Basta a publicação de resolução do secretário de Estado responsável pela execução orçamentária do governo. Trata-se, na verdade, de um remanejamento de dotações orçamentárias de mesma fonte de recursos e de natureza semelhante, alocadas numa mesma ação ou programa de trabalho. Tem por objetivo reforçar um elemento de despesa insuficientemente dotado ou incluir um novo elemento de despesa na ação.



Exemplo: no orçamento aprovado para a ação denominada Vigilância sanitária, Programa de trabalho 2961.10.304.0148.2387, os valores foram os seguintes:



Há limites para o Poder Executivo alterar o orçamento aprovado mediante abertura de créditos suplementares ou especiais?

A disponibilidade de recursos para abrir créditos suplementares ou especiais, desde que não comprometidos, pode ser resultante de:

- a) cancelamento parcial ou total de dotações orçamentárias;
- b) existência de superávit financeiro apurado em balanço patrimonial do exercício anterior;
- c) excesso de arrecadação;
- d) operações de crédito autorizadas.

Modificação de orçamento: é uma alteração orçamentária que ocorre também em outras localidades e na esfera federal. Corresponde ao chamado “remanejamento de rubrica”. Nele podem ser feitas realocações de recursos, mediante autorização da autoridade competente. Geralmente, no remanejamento de rubrica, não é possível remanejar recursos de investimento para custeio.

	Elemento de despesa (ED)	Fonte	Valor (R\$)
Diárias	3390.14	00 (Tesouro)	5.000,00
Material de consumo	3390.30	00 (Tesouro)	5.000,00
Prestação de serviços (PJ)	3390.39	00 (Tesouro)	20.000,00
Prestação de serviços (PJ)	3390.39	13 (Convênios)	30.000,00
Equipamentos/Material permanente	4490.52	25 (Transferências SUS)	10.000,00
Total aprovado			70.000,00

Durante a execução do orçamento, a aquisição de material de consumo com recursos do Tesouro foi estimada em R\$ 7.000,00 (sete mil reais), valor superior à dotação aprovada. Verifica-se que, por outro lado, não será necessário usar todo o valor alocado para despesas relativas à prestação de serviços por pessoa jurídica com recursos dessa mesma fonte. Para realizar a despesa com material de consumo, pode-se solicitar modificação de orçamento para reforço de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) no elemento de despesa 3390.30, oferecendo o cancelamento de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) no elemento de despesa 3390.39 (PJ).

Após a modificação ser autorizada, ela é publicada no *Diário Oficial*, sem que haja acréscimo no valor total aprovado para executar a ação, mas apenas um remanejamento interno, ou seja, uma modificação de orçamento para reforço de dotação já existente.



Atenção

As solicitações para abertura de crédito suplementar e para modificação de orçamento devem ser justificadas, no que diz respeito tanto à necessidade de reforço ou de inclusão de dotação orçamentária, quanto à possibilidade de cancelar parcial ou totalmente outra dotação.

Controle da execução orçamentária

Em seu artigo 75, a Lei Federal 4.320/64 determina que o controle da execução orçamentária deve incidir sobre três pontos:

a) A legalidade de todos os atos da administração, sem exceção, que tratem da arrecadação da receita ou da realização da despesa e de que resultem o nascimento ou a extinção de direitos e obrigações.

b) A fidelidade funcional dos agentes da administração responsáveis por bens e valores públicos.

c) O cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de obras e prestação de serviços.

A Constituição de 1988 e a Lei Federal 4.320/64 dividem o controle da execução orçamentária basicamente em dois tipos: controle interno e controle externo.

Controle interno

O controle interno da execução orçamentária da receita e da despesa é fundamental para o sucesso de uma administração. Deve ser estruturado de tal forma que permita a seus comandantes o conhecimento seguro do está acontecendo na administração. Não deve ser pessoal, mas sim de natureza funcional. Deve ser estruturado para evitar desvios muito largos da programação previamente definida. Pode ajudar na manutenção da normalidade administrativa. Pode ser utilizado como instrumento de racionalização administrativa.

Controle externo

O controle externo da execução orçamentária da receita e da despesa é exercido pelo Poder Legislativo com o auxílio do Tribunal de Contas. Tem por objetivo verificar a probidade da administração, a guarda e o emprego legal do dinheiro público e o cumprimento da lei de orçamento.

Requisitos para a efetividade do orçamento público

Para se garantir a efetividade do orçamento público, podem ser identificados alguns requisitos que devem estar presentes ao longo das etapas do processo orçamentário. Tais requisitos são os seguintes:

a) Compromisso em atender às demandas da sociedade, que deve ser expresso na alocação de recursos orçamentários necessários ao desenvolvimento de programas e ações governamentais que visem a resolver problemas da realidade.

b) Liberação dos recursos orçamentários em consonância com aquele compromisso, observando-se a programação aprovada para as despesas.

c) Cumprimento dos dispositivos legais que disciplinam a matéria orçamentária e os procedimentos de compras no setor público.

d) Acompanhamento e avaliação constantes da execução orçamentária, observando-se e/ou revendo-se as metas estabelecidas para evitar distanciamento da programação inicial e, se for o caso, proceder às adequações necessárias ao seu cumprimento.

e) Participação do controle social em todas as etapas do processo orçamentário: elaboração, aprovação, execução e controle.

f) Divulgação dos dados da execução orçamentária para assegurar a transparência no uso dos recursos públicos.

Referências bibliográficas

BRASIL. Lei Federal n. 4.320 de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais do direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Lei de Responsabilidade Fiscal.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria n. 42, de 14 de abril de 1999.

CORE, F. G. *Reforma Gerencial dos Processos de Planejamento e Orçamento*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2001. (Texto para discussão, 44)

GARCES, A. & SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 53, 4, out.-dez. 2002.

MARINI, C. O contexto contemporâneo da administração pública na América Latina. *Revista do Serviço Público*, ano 53, 4, out.-dez. 2002.

RIO DE JANEIRO. Lei Estadual n. 287, de 1979. Institui o Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Estado do Rio de Janeiro.

Avaliação em Saúde e Vigilância Sanitária: conceitos, estratégias e metodologias¹

Vera Lúcia Edais Pepe
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Marina Ferreira de Noronha
Joyce Mendes Schramm

O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde em buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública.

Silver, Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde, 1992



Para início de conversa...

Neste texto, você reconhecerá algo que faz cotidianamente em sua prática. Esperamos que ele ajude você a refletir sobre as contribuições que a avaliação em saúde pode trazer para a vigilância sanitária (Visa).

No dia-a-dia, os dirigentes da Visa podem se fazer perguntas sobre:

- a sua própria ação;
- o conjunto de ações que o seu serviço desenvolve;
- a situação em que se encontram os produtos e os serviços sujeitos à vigilância sanitária.

Observe os exemplos à direita. Estes questionamentos procuram, de uma forma ou de outra, atribuir um juízo de valor a algo: o seu trabalho, o trabalho de seu serviço e a qualidade dos objetos sob sua responsabilidade – serviços e produtos.

O processo em que, ao final, um **juízo de valor** é emitido é o que se denomina **avaliação**.



Exemplos

- As ações necessárias para proteger a saúde dos munícipes são bem executadas?
- A vigilância sanitária está atuando da melhor maneira para minimizar ou controlar os riscos oriundos da prestação de serviços e dos produtos que se encontram sob sua responsabilidade?
- É possível estabelecer prioridades, em vez de agir somente a partir de denúncias? Que critérios podem ser adotados para ajudar na eleição de prioridades?
- Os serviços de saúde no meu município estão sendo realizados de maneira adequada? Com que resultados?
- Os alimentos são produzidos e ofertados à população com qualidade?
- Quais são os locais ou produtos que oferecem maior risco à saúde dos munícipes? Posso identificá-los e medir o quanto estão sendo prejudiciais?

¹ As autoras agradecem a cuidadosa leitura e as pertinentes contribuições dos pareceristas deste capítulo.

Com este texto, buscamos responder às seguintes questões:

- Quais são os tipos de avaliação em saúde segundo a inserção profissional do avaliador?
- A quem interessa a avaliação?
- Como avaliar a qualidade em saúde?
- Como se faz uma avaliação e quais os métodos utilizados?
- Que campos da avaliação em saúde são de especial interesse da vigilância sanitária e quais as suas especificidades e interseções com a prática da Visa?
- O que é avaliação de tecnologias em saúde?

Para abordar essas questões, partimos do pressuposto de que a vigilância sanitária é fundamentalmente uma ação de avaliação que visa a monitorar processos de produção e consumo, no que diz respeito às boas práticas e à promoção da saúde da população. Para isso, são abordados os principais conceitos relativos à avaliação em saúde, destacando-se sua importância para propiciar maior efetividade às ações da vigilância sanitária.

Avaliação informal ou avaliação sistemática?



Para pensar

Qual a diferença entre:

- julgar que o cachorro-quente do Seu José hoje não está 'bom' ou está 'diferente' e
- analisar o processo pelo qual Seu José produz o cachorro-quente, para verificar se a salsicha não está estragada, se ela está armazenada de forma adequada, se o pão não está mofado, se a maionese está bem conservada, se a manipulação do cachorro-quente está sendo correta, de forma a não haver contaminação?

No primeiro tipo de avaliação, de maneira informal, utilizamos o 'senso comum' e/ou a nossa experiência anterior para nos servir de guia. Procedendo assim, achamos que 'algo não vai bem', que um determinado processo não alcança os resultados esperados, mesmo não sabendo exatamente o que não vai bem e qual é a diferença entre o esperado e o que estamos presenciando.

No segundo tipo, utilizamos um método e podemos dizer que estamos fazendo mais do que um julgamento. Estamos realizando uma **avaliação sistemática**. Olhamos para o processo de produção do cachorro-quente, sabendo de que forma ele deveria ser

Avaliação informal, baseada no senso comum, gera um 'julgamento'.

A avaliação sistemática é baseada em critérios e utiliza um método. Seu resultado é um 'julgamento com base em critérios objetivos'.

feito para ser 'bom', ou seja, para não vir a provocar, por exemplo, diarreia nos consumidores. Nosso julgamento não se baseia no 'eu acho', mas está calcado em critérios estabelecidos *a priori*.

Parece simples, não? Mas vamos colocar um pouco mais de 'pimenta' no caldo da avaliação. Podemos dizer que qualquer avaliação constitui-se em um processo, e que o momento em que emitimos um julgamento a respeito de algo é apenas um momento. Outros momentos antecederam o do nosso julgamento, e outros o sucederão.

É preciso definir bem, por exemplo, o que queremos avaliar quanto ao cachorro-quente de Seu José:

- Vamos comparar o cachorro-quente de Seu José com o da Dona Regina para ver qual é o melhor?
- Vamos comparar o sanduíche feito pelo Seu José e pelos ambulantes com os da padaria, para ver se os últimos são piores?

Já sabemos sobre a avaliação

O que é: avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma ação/intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. (Contandrioupos et al., 1997)

Em que se baseia: o julgamento da avaliação deve se basear em uma comparação entre o que se está avaliando e a situação considerada ideal (**padrão**).

É necessário especificar 'bem' o que significa, para nós, um 'bom' cachorro-quente. 'O que é bom para nós pode não ser bom para outra pessoa.' É necessário também estabelecer 'como' julgar se o cachorro-quente de Seu José se enquadra no que consideramos 'bom' ou o quanto/ em que se distancia de um 'bom' cachorro-quente.

Adiantando...

Padrão é uma referência da qualidade que se deseja, do ideal.

No caso da vigilância, uma boa norma técnica contém padrões de qualidade que devem ser monitorados pela Visa.

Se concluirmos que o que avaliamos não é 'bom', devemos, depois de feita a avaliação, tomar uma decisão sobre o que fazer com esta informação: proibir Seu José de fazer cachorro-quente? Exigir que ele melhore a forma de fazê-lo? Treinar Seu José para manipular corretamente o cachorro-quente? Avisar aos munícipes que não comam o cachorro-quente de Seu José?

Cada uma dessas atitudes pressupõe uma escolha, tanto do que considerar como do que fazer.

- O que nos parece ser mais importante avaliar? Será mesmo o cachorro-quente de Seu José o produto que oferece os maiores riscos à saúde de nossos munícipes, ou haverá outros serviços/produtos, sob nossa responsabilidade, mais lesivos à saúde?
- Qual será nosso critério e nosso padrão-ouro para definir o que é um 'bom' cachorro-quente? Ser 'bom' para um gestor da área da saúde é, por exemplo, não oferecer risco de contaminação. Ser 'bom' para um consumidor pode apenas ser 'gostoso'.
- O que escolheremos para verificar a adequação do processo de 'produção' do cachorro-quente de Seu José?
- Como devemos intervir para que o cachorro-quente de Seu José seja de melhor qualidade e não cause, por exemplo, um surto de gastroenterite nos consumidores?

O processo de avaliação gera informações que servem para embasar o processo decisório.

No caso específico da Visa, uma atividade regulatória sanitária, avaliar permite melhorar a qualidade, tanto na prestação de serviços como na produção de bens de interesse da saúde.

O roteiro de inspeção é uma estratégia utilizada pela Visa para reduzir a subjetividade do agente público de vigilância sanitária, visto que ele utiliza critérios objetivos. Ao mesmo tempo, ele 'padroniza' um mínimo a ser observado na inspeção.

Podemos, com base nesse simples exemplo, afirmar sobre a avaliação:

- Avaliar serve para conhecer um determinado objeto, visando à sua melhoria.
- Avaliar pode produzir informações sobre diferentes aspectos, tais como adequação, custos, efeitos e usos associados à utilização de tecnologias, programas ou serviços de saúde.
- Avaliar subsidia a tomada de decisão, a formulação de políticas e o estabelecimento de mecanismos de regulação.
- Avaliar permite reduzir ao máximo a subjetividade do avaliador no momento de um julgamento, apesar de nenhuma avaliação ser isenta.

O processo de avaliação e seu resultado dependem do contexto no qual ela está sendo realizada e de quem está avaliando, dos valores e critérios pelos quais ele se orienta (Hartz, 1999).

A avaliação em saúde, segundo Novaes (2000), constitui-se em uma área ainda em construção conceitual e metodológica. Há, na literatura, inúmeras abordagens da avaliação e também variados métodos. A avaliação pode também ser vista de acordo com a inserção profissional do sujeito responsável por ela.

Os tipos de avaliação segundo a inserção do avaliador



Para pensar

- Considerando que, segundo a inserção do avaliador, existem quatro tipos de avaliação – auto-avaliação, avaliação externa, interna e mista –, qual é correspondência de cada um dos quatro exemplos a seguir com cada um desses tipos?
1. O Laboratório de Controle de Qualidade busca avaliar os resultados das análises fiscais de produtos oriundos de farmácias de manipulação, e os próprios profissionais envolvidos com o programa são os responsáveis pela avaliação.
 2. O coordenador estadual de vigilância sanitária decide avaliar a cobertura e os resultados de seu programa de inspeção de indústria farmacêutica nos últimos cinco anos. A avaliação é realizada por profissionais da área de medicamentos do próprio estado, que não aqueles envolvidos na execução do programa.

3. Uma instituição de ensino e pesquisa desenvolve um estudo para avaliar a relação entre o aumento do número de casos de cisticercose humana em um determinado município e o consumo de carne oriunda de abatedouros clandestinos de municípios vizinhos onde a vigilância sanitária não consegue coibir a venda de carne de origem não controlada.
4. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária decide desenhar um sistema de acompanhamento dos resultados dos programas de controle de agrotóxicos realizados nos estados brasileiros, e para isso monta um grupo de trabalho tendo como avaliadores profissionais próprios, das vigilâncias estaduais e dos institutos de pesquisa, não executores do programa.

Falamos em:

- 'auto-avaliação' quando o profissional ou a equipe que realiza o trabalho procede à avaliação do trabalho realizado;
- 'avaliação externa' quando o avaliador não realiza o trabalho que está sendo avaliado nem integra o quadro de pessoal do serviço;
- 'avaliação interna' quando o avaliador integra o quadro de pessoal do serviço, porém não realiza o trabalho que está sendo avaliado;
- 'avaliação mista' quando a equipe de avaliação tem membros que integram e outros que não integram o quadro de pessoal da instituição. (Aguilar & Andes - Egg, 1994)

Os exemplos utilizados anteriormente para trabalhar os tipos de avaliação apresentam outras diferenças entre si, quais sejam:

Os objetivos não são os mesmos: alguns pretendem, principalmente, produzir conhecimento; outros buscam subsidiar a tomada de decisão, e outros, ainda, visam a melhorar as condições de gestão dos serviços.

- Em alguns exemplos se quer compreender e caracterizar um determinado contexto; em outros, procura-se quantificar/comparar resultados de uma intervenção.
- A metodologia predominante pode ser qualitativa em alguns exemplos, enquanto é eminentemente quantitativa em outros.
- A forma de utilização mais imediata da informação difere entre os exemplos. Em alguns exemplos, a informação resultante serve como instrumento para a gestão. No caso da cisticercose, a informação serve, principalmente, para demonstrar uma relação de causa-efeito.
- O tipo de juízo formulado pela avaliação terá repercussões diferentes. Serão elaboradas normas ou recomendações, outros estudos comprovarão hipóteses (por exemplo, mesmo que um município elimine o abate clandestino, se sua população



Atenção

Atualmente, não se contrapõem tão radicalmente as metodologias qualitativa e quantitativa.

A abordagem qualitativa enfatiza aspectos relacionados à percepção dos atores sociais, ao significado conferido por eles ao contexto, e se utiliza de técnicas tais como análise de conteúdo, análise de discurso e relatos orais. A metodologia quantitativa apóia-se mais fortemente na estatística.

Os estudos atuais tendem a ser quali-quantitativos.



Para saber mais, busque NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(5):547-559, 2000.

consome carne procedente de outros municípios que não o fazem, pode aumentar a incidência de cisticercose humana).

- A temporalidade difere entre eles: um sistema de acompanhamento deve ser contínuo, enquanto em alguns outros estudos a avaliação é momentânea, pontual.

A quem interessa a avaliação



Para pensar

- Antes de ler a parte que se segue, tente pensar nos possíveis 'interessados' na avaliação.

A avaliação pressupõe um método para se fazer um julgamento de valor, da forma mais objetiva possível, podendo ajudar na tomada de decisões e na melhoria das práticas.

Protocolos clínicos: serão abordados mais adiante no texto no item sobre avaliação de tecnologias.

Se pensarmos na esfera governamental, vemos que a avaliação pode interessar ao poder público de várias maneiras: nas decisões de comprar um ou outro equipamento médico ou de retirar do mercado produtos ou serviços; para subsidiar a formulação e adequação das políticas de vigilância sanitária, identificando prioridades para o setor.

Para os profissionais da saúde, a avaliação pode oferecer evidências científicas para embasar condutas e **protocolos clínicos** (*guidelines*), ou seja, pode auxiliar na melhoria de sua prática.

Os produtores e prestadores de serviço podem melhorar a qualidade de seus produtos ou serviços, tornando-se mais competitivos, e podem também se beneficiar dos conhecimentos oriundos da avaliação quando da escolha do que vão comprar ou mesmo de como devem produzir.

Os financiadores e provedores podem lançar mão das informações produzidas para sustentar suas decisões acerca de pagamentos e reembolsos de determinados procedimentos e serviços.

Os próprios avaliadores/pesquisadores não podem ser esquecidos, visto que não são atores neutros, têm interesses no desenvolvimento de determinadas linhas de pesquisas.

E, finalmente, no que diz respeito à população, aos usuários dos serviços e consumidores, eles podem utilizar as informações produzidas para decidir que produtos e serviços devem consumir ou evitar, e mesmo quais são os que representam maiores riscos à sua saúde.

Se tudo isso procede, temos algumas 'pistas' sobre a importância da avaliação em saúde quando pensamos em problemas e questões relacionados à vigilância sanitária, e podemos supor que há um amplo leque de problemas a serem enfrentados pela vigilância sanitária que podem se beneficiar de processos de avaliação.

Algumas atividades de avaliação extrapolam a proposta deste texto, mas também se encontram no âmbito da vigilância sanitária. Uma atividade de suma importância para a vigilância sanitária é a avaliação da qualidade laboratorial de bens de saúde, realizada pelos laboratórios de controle da qualidade. É nesse momento que se analisa se as especificações dos produtos estão de acordo com as estabelecidas no momento de seu registro, o que de certa maneira traduz a qualidade com que o processo produtivo se desenvolve.

Em resumo, podemos dizer que os possíveis 'interessados' nesta área são os seguintes atores:

- Avaliadores/pesquisadores
- População/usuários
- Administradores
- Profissionais
- Financiadores/Investidores
- Poder público



E atenção:

Dois campos da avaliação em saúde interessam à vigilância sanitária: a avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a avaliação tecnológica. Elas dizem respeito tanto à avaliação de produtos (que podem ser considerados tecnologias: alimentos, medicamentos, equipamentos médicos etc.) quanto à avaliação da prestação de serviços (consultórios, clínicas, ambulatorios, hospitais, salões de beleza, creches etc.). E, ainda, cada uma delas apresenta características e métodos que são, por vezes, particulares e que, por vezes, se complementam e mesmo se superpõem. É fácil imaginar que uma vez realizado o registro de um medicamento (avaliação tecnológica), ele vá ser utilizado no processo de trabalho dos serviços de saúde e poderá ser um dos objetos de uma avaliação da qualidade desses estabelecimentos. Para efeito didático, os dois campos serão abordadas de maneira isolada.

A avaliação da qualidade de serviços de saúde

Quando falamos de qualidade, entramos num terreno onde pode haver diferentes entendimentos, seja em relação à sua definição, seja em relação ao objeto a ser avaliado (atenção à saúde, serviços de saúde etc.). Um autor bastante consistente na área de avaliação de qualidade, Avedis Donabedian (1980a), postula que o conceito de qualidade unifica algumas dimensões do cuidado que vão desde a qualidade técnica até o que o autor denomina de 'amenidades' (elementos do cuidado, tais como conforto, boa alimentação, privacidade, cortesia, que, em última instância, vão se traduzir na satisfação do usuário). Para esse autor, o balanço entre os benefícios à saúde e os riscos encontra-se no cerne da definição



Para saber mais sobre a avaliação da qualidade dos produtos, realizada nos laboratórios de controle de qualidade, consulte o texto de SILVA, A. P. C. O laboratório oficial na avaliação analítica. In: ROZENFELD, S. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.



Para saber mais: outros autores definem ou enumeram os atributos da qualidade de maneira um pouco diferente. Adotamos neste texto a conceituação de Donabedian (1990).

Sobre os atributos da qualidade, busque: VUORI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3:17-25, 1991.

de qualidade, e a qualidade do cuidado técnico “consiste na aplicação da ciência médica e tecnologia de maneira a maximizar seus benefícios para a saúde sem simultaneamente aumentar seus riscos” (Donabedian, 1980a:5). Além disso, há que se considerar os custos desse cuidado e a interferência de valores sociais na definição da qualidade. Assim, o próprio autor pondera que “a simplicidade e a plausibilidade deste unificador conceito de qualidade guardam uma grande complexidade sob sua superfície” (p. 6). Posteriormente, Donabedian (1990) postula que a qualidade pode ser avaliada com base nos atributos eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos são conhecidos como os sete pilares da qualidade.



Exemplo

Os ensaios clínicos controlados de medicamentos consistem em exemplos de avaliação de **eficácia**.



Exemplos

Pereira (1995) discorre sobre uma possibilidade de avaliação de **efetividade** das campanhas de vacinação contra a poliomielite, baseando-se na análise de séries históricas da incidência dessa doença produzidas pela vigilância epidemiológica.

Outro exemplo possível de avaliação de efetividade da prática da vigilância sanitária seria testar que abordagem produz o melhor resultado: se a aplicação de multas ou um processo educativo.

A **aceitabilidade** também é condicionada pelo custo da atenção ou, dito de outra forma, pela capacidade do paciente ou seu familiar de arcar diretamente com os gastos envolvidos no tratamento.

- **Eficácia:** é o grau em que uma intervenção, procedimento, serviço ou tecnologia produz um efeito benéfico em ‘condições ideais’, ou seja, em uma situação controlada. Condição ideal é aquela situação na qual os demais fatores que podem influenciar o resultado se encontram sob controle do avaliador. O resultado de um estudo de avaliação da eficácia é o ‘padrão de qualidade’ que deve servir como referência para os estudos de efetividade.
- **Efetividade:** é o grau em que uma intervenção, procedimento, serviço ou tecnologia produz um efeito benéfico em ‘condições reais’, ou seja, do dia-a-dia. Uma tecnologia cuja eficácia já foi avaliada pode ter os resultados obtidos com a sua aplicação, por exemplo, nos serviços de saúde, medidos e avaliados. Isso representa um estudo de efetividade.
- **Eficiência:** é a habilidade em diminuir os custos da atenção sem diminuir as possíveis melhorias na saúde. Vale aqui registrar que estes três atributos – eficácia, efetividade e eficiência – são muito importantes, como veremos adiante, para a avaliação tecnológica.
- **Otimização:** é a mais favorável relação entre os custos e os benefícios. Representa, por exemplo, quanto de benefício se obtém a um maior ou menor custo financeiro, seja na realização de um exame ou na escolha de um produto para a sanitização.
- **Aceitabilidade:** é a conformidade da atenção prestada com os desejos e as expectativas dos usuários ou seus responsáveis. Neste atributo podem ser considerados diversos aspectos, tais como: acesso, relação profissional da saúde-paciente, conforto, privacidade, prontidão no atendimento etc.
- **Legitimidade:** é a conformidade com os princípios éticos, valores, normas e leis definidos pela sociedade. Ou seja, em certo aspecto, diz respeito ao bem-estar da coletividade.
- **Equidade:** é a conformidade com os princípios de justiça social do cuidado e a distribuição de seus benefícios entre os membros da população.



Para pensar

- Considerando os sete pilares aqui descritos, reflita sobre a sua aplicação à vigilância sanitária.
- Você pode começar pensando se a vigilância sanitária verifica se um dado medicamento por ela registrado apresenta, durante a comercialização e uso, os mesmos benefícios apresentados no ensaio clínico controlado.

O que e como avaliar, ou 'a relação entre estrutura, processo e resultado'

Antes de se iniciar qualquer avaliação, reiteramos que se faz necessário definir bem:

- O que se quer avaliar. Um estabelecimento de cuidados de saúde (ambulatório, posto de saúde, hospital) ou um serviço específico (emergência, laboratório, banco de leite materno, consultório odontológico)? Um estabelecimento que fabrica ou comercializa alimentos, medicamentos ou produtos químicos?
- Os aspectos que se pretende levar em conta na avaliação.

Para os serviços de saúde, Donabedian (1980b) propôs um modelo de avaliação de qualidade baseado em três enfoques: a estrutura, o processo e os resultados. Esse modelo foi proposto pelo autor como uma forma de organizar, visualizar e caracterizar o que se vai avaliar.

Estrutura

Os serviços e estabelecimentos possuem um conjunto de profissionais com perfis diferenciados, um conjunto de instalações e equipamentos diferentes para exercer o que se propõem, podendo apresentar diferentes formas de gestão. Esses aspectos compõem a **estrutura** dos serviços.

O pressuposto da avaliação centrada na estrutura é que, quando ela fosse 'boa', levaria a uma boa qualidade da assistência ou a bons resultados. Mas as coisas não são exatamente assim, pois, apesar de a estrutura dos serviços ser importante, outros aspectos, que não os estruturais, como veremos adiante, também influenciam a qualidade dos resultados. A avaliação centrada somente na estrutura informa apenas "sobre o potencial de fazer aquilo que a organização se propõe a fazer" (Pereira, 1995:543).

Os estudos de avaliação de estrutura podem partir de uma base de dados de recursos existentes, para serem comparados com serviços de mesma natureza, ou utilizar



Atenção

Embora proposto para os serviços de saúde, esse modelo de Donabedian pode ser usado para outros serviços/estabelecimentos.

Donabedian (1980b) define **estrutura** como "as características relativamente mais estáveis dos serviços". Assim, a estrutura inclui não apenas a estrutura física, mas também os recursos humanos e financeiros, bem como a organização dos serviços de saúde.

Lembre: uma boa estrutura é condição desejável e necessária, porém insuficiente, para um bom resultado.



Fixando o exemplo da CCIH para posterior comparação

O Hospital X tem uma Comissão de Controle de Infecção (CCIH) instalada, designada mediante portaria da direção do hospital. A CCIH tem membros executores e consultores, e composição compatível com o perfil do hospital em número e tipo de profissionais. O enfermeiro da CCIH tem dedicação exclusiva à comissão. Tudo isso diz respeito ao componente **Estrutura**.

padrões estabelecidos, para verificar o quanto o serviço está distante ou próximo desses padrões. No caso da vigilância sanitária, ela avalia a estrutura de serviços, estabelecimentos comerciais e fabris, quando da concessão de licença de funcionamento (na análise da planta e do memorial descritivo – análise documental) e nas inspeções sanitárias (prévias ao funcionamento, de rotina ou por denúncia – observação *in loco*).

Nos estabelecimentos sob responsabilidade da vigilância sanitária, podemos indicar como itens para avaliação da estrutura:

- Os equipamentos existentes em uma fábrica de alimentos ou medicamentos, seus recursos humanos, seu laboratório de controle de qualidade.
- A existência de central de esterilização com área física que evite fluxos inadequados e de equipamentos para a proteção de raios X.
- A existência ou não de armário fechado para os psicofármacos nas farmácias comunitárias.
- A existência de balanças aferidas e taradas nas farmácias de manipulação.
- A existência de boas condições de armazenamento de alimentos e de refrigeradores na temperatura adequada em supermercados.
- A existência de prontuário único do paciente; de comissões de controle de infecção hospitalar, de óbitos e de revisão de prontuários.
- A existência de responsável técnico em farmácias, hospitais, fábricas, e de livro de controle de narcóticos e medicamentos controlados.
- Na padaria, um exemplo seria a verificação da presença de uma pessoa que saiba fazer pães, um forno adequado, farinha e fermento dentro do prazo de validade, água potável, pia, local adequado para o lixo etc.

Processo

Processo de trabalho foi definido no texto sobre organização e gestão como “transformação de insumos em bens e serviços”. Por outro lado, o processo de trabalho que gera o ‘produto final’ resulta de vários outros processos, que produzem ‘produtos intermediários’. Portanto, uma outra forma de definir processo é como fluxo, movimento e transformação de insumos em produtos ou serviços prestados.

Os **processos de trabalho** dos estabelecimentos listados no início deste item se diferenciam quanto à complexidade, à clientela e ao produto final. Uma padaria produz principalmente pão, e tem todo um processo de trabalho para produzi-lo; um laboratório faz análise do sangue, urina, fezes; no hospital, um conjunto de profissionais realiza exames radiológicos, produz consultas, cirurgias e exames.

Para os serviços assistenciais de saúde, Donabedian (1980b:79) define processo como “o conjunto de atividades que ocorrem com e entre profissionais de saúde e os pacientes”. Portanto, a avaliação de processo pode ser entendida como a utilização dos recursos da estrutura para produzir bens ou serviços.

Podem ser considerados processos, quando se pensa na vigilância sanitária: a venda de medicamentos sob prescrição médica; a aplicação de medicamentos

intravenosos; os métodos de esterilização utilizados em uma fábrica, hospital ou clínica; a interpretação do laudo radiológico; a realização com segurança para o profissional e para os usuários de exames radiológicos em hospitais, clínicas ou consultórios odontológicos; o registro das informações nos prontuários médicos; o registro nos documentos de produção e venda de medicamentos; a realização de procedimentos hospitalares de acordo com as normas vigentes ou com protocolos definidos; os procedimentos adotados na fabricação e venda dos alimentos perecíveis; a manipulação dos alimentos em uma padaria ou restaurante etc.

Na avaliação da qualidade do processo, verifica-se, à luz do conhecimento técnico-científico, se o que está sendo feito segue os procedimentos recomendados. Portanto, pode ser detectado tanto o que deveria ser e não foi realizado, quanto o que foi realizado e não deveria ter ocorrido. Prestam-se à avaliação de processo a auditoria médica; a revisão de utilização; a revisão de prontuários; a revisão de óbitos; a observação do processo de trabalho na fabricação ou venda de alimentos; a utilização de medicamentos e domissanitários; a validação de atividades de diagnóstico e a produção de bens e serviços.

A avaliação de processo, preferencialmente, deve ser feita por meio de observação direta ou da análise dos registros. Mas, uma boa aproximação à avaliação de processo pode ser feita, no caso do hospital, mediante o uso de indicadores como, por exemplo, a taxa de infecção hospitalar, a taxa de cobertura e o tempo médio de permanência hospitalar. É bom lembrar que esses indicadores, assim como os outros que veremos a seguir, devem ser contextualizados, e não servir a uma comparação mecânica.

Resultados

Os resultados de cada serviço, ou seja, o que o usuário obtém daquele serviço, variam. Da padaria, espera-se que produza um pão de boa qualidade que possa ser consumido pela população; do laboratório, espera-se que os resultados dos exames sejam confiáveis; e do hospital espera-se que o paciente seja bem tratado e saia melhorado, curado ou em condições mais estáveis de saúde. Resultado, segundo Donabedian (1980b:82), pode ser definido como “mudança no estado de saúde, atual ou futuro, que possa ser atribuída aos cuidados de saúde recebidos”.

São considerados resultados os óbitos hospitalares, as altas hospitalares, a restauração da função física ou social, complicações, disfunções ou seqüelas de tratamento, a ocorrência de infecções hospitalares, de asfixia neonatal ou de reações adversas a medicamentos, os resultados de exames validados.

Se extrapolarmos para outras áreas da vigilância sanitária, que não a de serviços de saúde, podemos considerar como bons resultados: alimentos sem contaminação, não



Retomando o exemplo da CCIH do Hospital X

A CCIH realmente assessora a direção do hospital e procede adequadamente à investigação epidemiológica dos casos de infecção hospitalar? Esses dois itens correspondem à avaliação de processo.



Atenção

Cuidado com a comparação mecânica e descontextualizada. A utilização de um indicador para comparar, por exemplo, maternidades ou unidades hospitalares, deve considerar a existência de diferenças entre os perfis:

- de cada unidade hospitalar;
- da clientela que utiliza cada unidade hospitalar.

Não se pode comparar, utilizando o mesmo padrão, um hospital de alta complexidade com um de pequeno porte, ou um hospital de doenças infecciosas com uma maternidade, pois é esperado que eles apresentem diferentes taxas de infecção hospitalar e diferentes tempos de permanência.



Retomando o exemplo da CCIH do Hospital X

O fruto do trabalho da CCIH gera um ‘resultado’ a ser avaliado. A taxa de infecção hospitalar foi reduzida em todas as clínicas?



Para saber mais, busque:

PALMEIRA, G. *Epidemiologia*. In: ROZENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000;
PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995;
MEDRONHO, R. A. (Org.) *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.

Eventos-sentinela são aqueles desnecessários, indesejáveis, ou seja, evitáveis do ponto de vista da saúde, cuja ocorrência representa um alerta da provável existência de problemas. Os problemas podem envolver profissionais específicos, decisões gerenciais da instituição ou decisões individuais inadequadas, o que justifica a sua avaliação para a identificação de fatores que devam ser corrigidos (Rutstein et al., 1976; Holland, 1983). Usualmente, eles levam em conta as mortes evitáveis, mas sua caracterização pode ser mais ampla.

Eventos adversos

Existem outras definições para eventos adversos, mas optamos pela caracterização adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Compreendem as situações de risco resultantes de falhas no sistema de saúde, das iatrogenias, e abrangem também os eventos-sentinela.

deteriorados e com peso de acordo com as especificações; medicamentos dentro das especificações, sem contaminação, dentro do prazo de validade; todos os cães do município vacinados contra a raiva; todo o gado bovino sendo morto em matadouros não ilegais.

A análise das reclamações ou da satisfação dos usuários, os estudos de morbidade e mortalidade sobre a utilização de produtos ou de serviços de saúde consistem em avaliações de resultado.

Para a avaliação de resultado, podem ser utilizados estudos epidemiológicos de diversos tipos (estudos observacionais retrospectivos ou prospectivos e os estudos de corte transversais). Recentes estudos que analisam a qualidade de vida são igualmente bons exemplos de avaliação de resultado.

A avaliação de resultado é vista como uma medida indireta da qualidade. Essa forma de avaliação é extremamente útil para a vigilância sanitária, visto que serve como triagem, para identificar áreas de problemas 'potenciais' que devem e podem ser melhor estudadas pelas abordagens de estrutura e processo.

A identificação de **eventos-sentinela** tem sido utilizada como uma proposta metodológica de avaliação de resultado. Assume-se, neste caso, que o evento poderia ter sido prevenido se tudo tivesse transcorrido adequadamente, havendo responsabilidade, ao menos parcial, do serviço de saúde sobre tal desdobramento.

Rutstein e colaboradores (1976) e Holland (1983) selecionaram diversos problemas de saúde, caracterizando-os como doença desnecessária, incapacitação ou seqüela desnecessária, morte precoce desnecessária, e estabelecendo a faixa etária e/ou situação específica em que seriam evitáveis. Antes do advento da Aids e do surgimento de resistência bacteriana, a morte por qualquer tipo de tuberculose foi considerada como evitável, principalmente por haver tratamento eficaz para essa doença, podendo esta morte ser, em parte, atribuída a falhas nos serviços de saúde.

Outro exemplo de evento-sentinela é o das mortes maternas, incluindo as decorrentes de aborto. Por sinal, as mortes maternas já eram consideradas evitáveis desde o começo do século XX, e foi a condição de referência para o desenvolvimento dessa abordagem de óbitos evitáveis. E ainda, catapora, sarampo, rubéola, difteria, coqueluche, tétano em crianças são caracterizadas como doenças desnecessárias, porque existem vacinas disponíveis e as mortes por esses problemas são evitáveis (Rutstein et al., 1976). Para a sífilis congênita, a doença é considerada desnecessária, a morte, evitável, e as seqüelas são consideradas como incapacitação desnecessária.

Inclui-se na avaliação de resultados a ocorrência de **eventos adversos**, os que envolvem morte ou lesões físicas ou psicológicas sérias ou colocam o usuário em situação de risco.

Podemos pensar que, em cada ponto do processo de cuidado e da produção, existem riscos para a saúde. Eles podem resultar de problemas na produção, durante procedimentos

médicos, ou mesmo de problemas existentes no próprio sistema como um todo, e não em provedores ou produtos individuais (WHO, 2002). Identificar a ocorrência desses problemas é importante, mas não suficiente, pois há necessidade de investigar a razão pela qual esses problemas aconteceram e quais as instâncias responsáveis, para planejar as mudanças necessárias.



Para pensar

- Você consegue identificar eventos-sentinelas e eventos adversos para a vigilância sanitária e que exijam uma ação rápida do serviço de VISA?
- Que outros exemplos de estrutura, processo e resultado podem ser identificados em sua experiência na vigilância sanitária? Cite ao menos três relativos a cada um desses enfoques.

A existência de uma adequada estrutura favorece um adequado processo de trabalho, o que, em um hospital, tende a levar a um resultado do cuidado satisfatório para o paciente. No entanto, essa relação não é tão simples. Pode haver situações nas quais uma adequada estrutura, caso o processo não se realize da melhor maneira possível, produza um resultado insatisfatório. Por outro lado, podem ocorrer situações em que para uma estrutura ou processos inadequados não se identifiquem resultados insatisfatórios de imediato.



Para pensar

- Você já observou situações como essas? Tente registrá-las.
- Você pensa em alguma explicação para sua ocorrência?

A realização de uma avaliação pressupõe o entendimento de alguns conceitos fundamentais e o conhecimento de algumas metodologias. O processo de avaliação implica comparar aquilo que se quer avaliar com uma referência ideal, considerada de alta qualidade, ou seja, um **padrão**.

O padrão é um valor que indica os limites entre a qualidade aceitável e a inaceitável e, geralmente, é uma medida quantitativa específica que define boa qualidade.

Quando o padrão não é uma medida quantitativa, como no caso dos padrões utilizados na **acreditação de serviços de saúde**, ele equivale à própria norma (é um

Reafirmando

Podemos transpor esta idéia do hospital para outros serviços, tais como padaria, consultórios, estabelecimentos comerciais e industriais.

Relembrando

No tópico 'Avaliação ou avaliação sistemática?', definimos **padrão** como uma referência da qualidade que se deseja, do ideal. E dissemos que, no caso da vigilância, uma boa norma técnica contém padrões de qualidade a serem monitorados pela VISA.

A **acreditação** é tida como uma estratégia de promoção da melhoria da qualidade dos serviços, que se fundamenta em avaliações periódicas, com base em padrões qualitativos, contratadas a uma empresa ou organização não-governamental. Difere da vigilância sanitária por ser de caráter voluntário e conferir ao contratante 'acreditado' um diferencial de mercado.

Indicador é uma representação, numérica ou não, que permite conhecer quantitativa ou qualitativamente uma determinada situação.

'deve ser'). Como exemplo, o padrão relativo à farmácia hospitalar: "A farmácia dispensa os medicamentos em um ambiente seguro, sob a supervisão de um farmacêutico".

A comparação entre o que existe na realidade que se está avaliando e o padrão é expressa por **indicadores**. Embora haja várias definições, o que caracteriza os indicadores é que eles são variáveis, ou relações entre variáveis, que ajudam a medir mudanças ou alterações ocorridas.

Os padrões podem variar dependendo do contexto em que se dá a avaliação, e estão relacionados a regras gerais (do que é 'bom'), conhecidas como 'normas', conforme veremos no exemplo seguinte, que relacionam norma, padrão e indicador:



Exemplo

Norma: deve haver um número suficiente de médicos para atender à população.

Indicador: número de médicos por habitante.

Padrão: EUA: 1/300.

OMS: 1/1.000.

Coefficiente é a relação entre o número de eventos que de fato aconteceram (eventos reais) e o número de eventos que poderiam acontecer em uma dada população.

Índice é a relação entre a frequência (número absoluto) de eventos e a frequência de eventos que contêm, também, aqueles eventos registrados no numerador (índice não é relacionado à população). Existe também o conceito de índice relacionado a *score*, como por exemplo o Apgar (avaliação do recém-nato com base em cinco parâmetros, realizada no momento do nascimento e cinco minutos depois).

Para saber mais, ver Pereira, 1995.

No exemplo, o indicador é um valor específico e quantificável (quantitativo). Os indicadores podem ser expressos na forma de taxas ou **coeficientes**, razões, proporções, **índices** ou intervalos aceitáveis. Em outras situações, os indicadores podem ser qualitativos, como, por exemplo, o que indica a existência ou não de comissões de infecção hospitalar (indicador de estrutura). A análise da satisfação do usuário costuma ser expressa por indicadores de resultado qualitativos.

É preferível que um processo de avaliação enseje sempre um rol de indicadores, e não apenas um único indicador. Para que um indicador seja considerado 'bom', é necessário que possua algumas características. Ele deve ser:

- de fácil construção (simplicidade) e de fácil obtenção (disponibilidade);
- capaz de realmente medir aquilo que se propõe a medir (validade);
- sofrer poucas alterações diante das deficiências dos dados disponíveis para a sua construção (robustez), ao mesmo tempo que deve refletir o efeito do maior número de fatores (sinteticidade);
- capaz de discriminar alterações que ocorrem ao longo do tempo;
- discriminar corretamente um evento de outros (discriminatoriedade).

Os indicadores são mais apropriados, também, em função de sua 'cobertura' populacional, e devem ter 'confiabilidade', ou seja, manter-se inalterados em diferentes medidas (Pereira, 1995).

Uma condição para que a avaliação seja realizada de forma a apresentar menos distorções é cuidar para que haja uma definição clara daquilo que se quer avaliar. Ou seja, as características do fenômeno a ser avaliado devem estar bem definidas. A condição (ou situação) que caracteriza o fenômeno a ser avaliado e torna válida a comparação é denominada **referente**. Ele pode ser um dado diagnóstico, um conjunto de sinais ou sintomas, uma situação bem definida, de forma a não se comparar, de forma caricaturada, 'bananas' com 'carros'.

Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS)

Vimos até aqui o significado e a importância da avaliação em saúde, e que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor – a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes (Contandriopoulos et al., 1997).

Abordaremos agora a avaliação voltada para as tecnologias em saúde. Você vai acompanhar sua importância, suas aplicações, seus instrumentos e sua relação com a vigilância sanitária.

Apesar de podermos localizar algumas iniciativas de identificar os resultados de intervenções médicas ainda no início do século XX, a Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) só se estabelece na década de 70, definindo sua abrangência, seus objetivos e suas ferramentas (Goodman, 1998).

Seu surgimento está intimamente vinculado aos avanços da ciência no último século, que tiveram um forte impacto na área da saúde. Novas tecnologias têm se incorporado à prática médica, sendo capazes de interferir nas formas de diagnosticar, de tratar, de organizar os serviços de saúde, e até mesmo de modificar o relacionamento entre médico e paciente.

A incorporação desses avanços tecnológicos se dá, de modo geral, de forma acrítica, tanto pela sociedade como pelos especialistas ou formuladores de políticas. Tristes episódios revelaram sua outra face: casos de anomalias congênitas e outros agravos à saúde, amplamente noticiados na década de 60, foram relacionados ao uso de algumas dessas tecnologias. Ficou evidente, também, que essas novidades têm um custo econômico e social; afinal, são novos equipamentos, instalações, insumos, profissionais que necessitam de capacitação, entre tantas outras coisas.

Ora, se problemas vinculados às tecnologias têm sido identificados, colocando em xeque a crença de que elas só produzem efeitos benéficos, é necessário observar um aspecto extremamente relevante quando se trata de saúde: a segurança, ou seja, os riscos devem ser controlados e menores que os efeitos benéficos esperados. E, ainda, se os custos associados a essas tecnologias mostram-se consideravelmente altos, num contexto de recursos a serem aplicados na área da saúde sempre inferiores às necessidades, sem demora algumas questões começam a surgir:

Sobre a necessidade do referente

Para comparar fenômenos com características diferentes, faz-se necessário construir categorias homogêneas. Para isso, é preciso 'padronizar', ou seja, 'ajustar', para que não se comparem coisas extremamente desiguais. Essa padronização leva em conta as diferenças entre algumas características das populações (p. ex., não dá para comparar a mortalidade de bebês em dois berçários, sem levar em conta que o risco de morrer é maior entre os de baixo peso do que entre os de peso normal). No exemplo dado, as taxas de mortalidade precisariam ser ajustadas por peso ou faixa de peso. O referente, então, pode ser a mortalidade por faixa de peso ao nascer. O uso de referente também é válido para a comparação entre unidades diferentes do mesmo serviço, entre serviços e países.

- Quais os reais efeitos dessas tecnologias?
- Que benefício é possível obter para um paciente ou para a sociedade como um todo?
- Correndo que riscos?
- E a que custo?
- Há alguma outra opção? Qual a melhor delas?
- Que implicações podem advir de seu uso – considerando aspectos éticos, legais e até mesmo culturais?
- Sua utilização pode ir contra os padrões socialmente construídos?

Para responder a essas e outras questões de interesse da sociedade como um todo, mas também àquelas de grupos específicos, é que se vem desenvolvendo a ATS.

As tecnologias em saúde

Se vamos falar de ATS, é importante definir o que é que estamos considerando como uma tecnologia e que, portanto, é objeto desses estudos. Para o Escritório de Avaliação Tecnológica do Congresso Americano (Office of Technology Assessment - OTA), tecnologias médicas são técnicas, medicamentos, equipamentos e procedimentos médico-cirúrgicos usados no cuidado da saúde, bem como os sistemas organizacionais e de apoio utilizados para dispensar este cuidado (OTA, 1978).

Porém, esse é ainda um conceito restrito. Um conceito mais ampliado inclui outros procedimentos ou formas mais específicas de prover cuidados de saúde (Vianna & Caetano, 2001), abrindo-se, portanto, um espectro extremamente amplo. Não estamos falando somente de equipamentos, mas de todo um conjunto de intervenções.

É importante lembrar que cabe à vigilância sanitária regular boa parte das tecnologias em saúde. Medicamentos, grande parte dos equipamentos, aparelhos, materiais, artigos de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinados à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção são passíveis não apenas de registro no órgão de vigilância sanitária federal (hoje, a Anvisa), mas também estão sujeitos a um grande conjunto de regulamentos e normas. Também é responsabilidade da vigilância sanitária monitorar sua utilização para identificar eventos inesperados ou adversos e minimizar seus efeitos na sociedade, seja por meio de cancelamento de registro, retirada do mercado, limitação do uso a determinados grupos ou condições etc.

Estão disponíveis na página da Anvisa as normas brasileiras que regulam esses produtos, bem como as definições que são adotadas no país.
<www.anvisa.gov.br>

Para pensar

- Quais são em seu município as principais tecnologias que se encontram sob a ação da vigilância sanitária?

O ciclo de vida das tecnologias em saúde

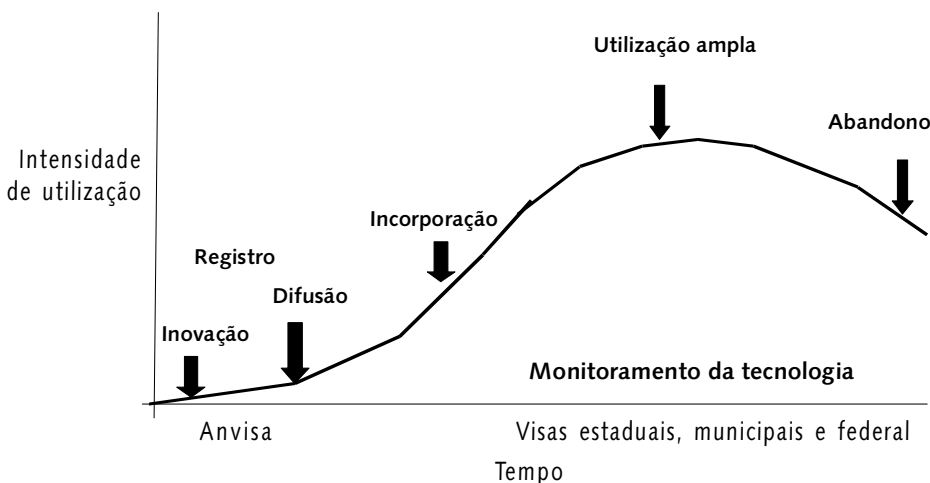
Podemos dizer que as tecnologias em saúde têm uma trajetória de vida. A experiência tem mostrado que nenhuma tecnologia é definitiva, ou se comporta de maneira uniforme ao longo dos anos em que é utilizada.

Veremos aqui o que se convencionou chamar de **ciclo de vida das tecnologias** em saúde, que se encontra na Figura 1. Esse ciclo se inicia com as pesquisas que permitem que haja uma inovação tecnológica, passa à sua introdução no mercado (aplicação e utilização nos cuidados em saúde) – o que põe em movimento uma 'reação em cadeia' de repercussões –, até que esta tecnologia venha a ser abandonada (Panerai & Mohr, 1989). Incluímos, nesse ciclo, alguns momentos principais de ação da vigilância sanitária, nos níveis federal, estadual ou municipal.

É importante frisar que, do ponto de vista da avaliação tecnológica em saúde e da vigilância sanitária, todas as fases da vida de uma tecnologia são igualmente importantes. Ao se considerar o papel de prevenção da vigilância sanitária, pode-se dizer que sua atuação se dá em todo o ciclo de vida das tecnologias de saúde.

Trabalhamos com o **ciclo de vida** conforme proposto por Banta e colaboradores (apud Panerai, & Mohr, 1989). Outros autores definem esse ciclo como composto por quatro fases: a) experimental; b) de implantação inicial; c) de generalização; d) de abandono.

Figura 1 – O ciclo de vida das tecnologias e a ação da vigilância sanitária



Fonte: Silva, 2003 e Panerai & Mohr, 1989 (modificado).

Inovação

A inovação tecnológica é um processo extremamente vinculado ao mercado e à indústria. Portanto, nem sempre a lógica determinante da inovação está relacionada ao conjunto de doenças ou necessidades da sociedade.

O processo de inovação tecnológica começa com a invenção de um novo produto, processo ou prática, seu desenvolvimento e experimentação, até que se completa com a sua primeira utilização prática. Entre os fatores que podem influenciar as inovações na atenção à saúde, a regulação certamente é relevante, pois, de acordo com suas exigências, podem ser necessários grandes investimentos em estudos, investigações, podendo o projeto tornar-se de alto risco financeiro e até mesmo ser abandonado.

Nesta etapa são realizados estudos, e a vigilância sanitária federal atua acompanhando as pesquisas realizadas em seres humanos, como, por exemplo, os ensaios clínicos controlados dos medicamentos. O resultado desses estudos geralmente define a eficácia e a segurança da tecnologia, fatores fundamentais para que o órgão federal de vigilância sanitária decida sobre a aprovação ou não do registro, seja um medicamento, outro produto ou, ainda, um equipamento. A avaliação para o registro, que diz respeito à avaliação da qualidade intrínseca dos produtos/tecnologias a serem disponibilizados, implica uma decisão sobre a oferta ou não de um produto e leva em consideração os benefícios e os efeitos adversos esperados.

Difusão

Esta é a fase em que começam a ser divulgados os dados relativos aos primeiros resultados da aplicação da tecnologia. Na maior parte das vezes tomamos conhecimento de uma nova tecnologia pelos meios de comunicação, que noticiam quase sempre seus benefícios capazes de estimular a curiosidade e a esperança daqueles beneficiários potenciais (pacientes, médicos, hospitais, entre outros). Também aqui destacamos o papel da vigilância sanitária, em especial por sua função de regular a propaganda de produtos e serviços da área da saúde.

Incorporação

A decisão de incorporar uma dada tecnologia deve estar ancorada em dados científicos produzidos pela ATS, ponderando riscos, custos, benefícios, alternativas, repercussões na sociedade.

A incorporação da tecnologia se dá, geralmente, com base no consenso que se estabelece acerca de sua utilidade, ou seja, da comprovação de seus benefícios. A etapa de incorporação pode ser influenciada pelo custo da tecnologia para o mercado, e a adoção de uma tecnologia barata poderá se dar de forma rápida. Já aquelas de maior impacto nos custos do setor Saúde necessitam de maior reflexão, posto que o investimento feito nessa tecnologia certamente impedirá a aplicação de recursos em uma outra.

Nesta etapa, a vigilância sanitária preocupa-se com os requisitos de segurança envolvidos na utilização dessa tecnologia, tanto com enfoque nos pacientes quanto nos profissionais da saúde e na sociedade em geral. Mas, outras questões são enfocadas e abrangem

desde projetos de instalação (no caso de equipamentos, por exemplo) ou definição de manuseio, passando pela adoção de precauções e aplicação de normas de biossegurança, até a regulamentação dos resíduos porventura produzidos na utilização de determinada tecnologia.

Utilização

Esta é uma etapa crítica, em vista da intensidade de sua utilização. É quando se pode estabelecer com maior precisão os benefícios de uma dada tecnologia, bem como seus riscos, e detectar desperdícios. Efeitos adversos, inesperados e raros, podem ser detectados por haver uma população maior exposta à sua ação.

Em vista disso, é importante que a vigilância sanitária desenvolva mecanismos que dêem conta de identificar o mais precocemente possível os efeitos do uso das tecnologias, de modo que sejam adotadas as medidas sanitárias, caso se identifiquem problemas. Hoje existem alguns programas voltados para isso, como os de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.

Abandono

O abandono de uma tecnologia também não é uma decisão simples. Investimentos muitas vezes são feitos para que ela seja incorporada: instalações físicas, compra de equipamentos, treinamento de recursos humanos, adaptação da produção de insumos etc. Talvez esse seja um dos maiores motivos de resistência em abandonar uma tecnologia, ainda que outra mais segura ou eficaz, ou até mais barata, venha a estar disponível. Muitas vezes observamos a superposição e coexistência de duas ou mais tecnologias, com finalidades muito próximas.

O abandono pode se dar pela identificação de problemas, efeitos inesperados ou desvios na utilização. A vigilância sanitária deve estar alerta para tomar as medidas necessárias, tais como cancelamento de registro e retirada do mercado. Por outro lado, não é incomum perceber que existe certa pressão da indústria para que haja substituição de algumas tecnologias, fenômeno tratado como 'obsolescência artificial'. Nesses casos, não se trata exatamente de uma inovação, uma nova tecnologia, mas de incrementos naquela já utilizada.



Para pensar

- Das tecnologias identificadas por você, em seu município, qual o momento do ciclo de vida em que elas se encontram?
- Quais devem, na sua opinião, ser as ações da vigilância sanitária em relação a elas?

Definições e objetivos da ATS

Vimos até aqui o conceito de tecnologia em saúde e descrevemos seu ciclo de vida, destacando o papel da vigilância sanitária nessa cadeia. Podemos agora aprofundar um pouco a discussão acerca da avaliação tecnológica em saúde.

Consideramos que a ATS seja uma forma bastante abrangente de pesquisar o comportamento de uma tecnologia na sociedade, por todo o seu ciclo de vida, tendo seu enfoque voltado para identificar seus efeitos, em especial aqueles inesperados, indiretos ou tardios, tanto na esfera da clínica quanto nos aspectos econômicos e sociais.

A avaliação de tecnologia em saúde tem tido várias definições ao longo do tempo, algumas mais ou menos inclusivas. Consideraremos, neste texto, que a avaliação tecnológica pode ser entendida como um procedimento sistemático, voltado para a avaliação das tecnologias e seus impactos na população, não apenas nos aspectos já citados de segurança, eficácia e efetividade, mas também em outros aspectos, tais como o custo-efetividade e suas implicações éticas e sociais.

Na esfera governamental, seus objetivos principais são propiciar que as decisões sobre a incorporação de tecnologias sejam mais fundamentadas, minimizar os riscos e os custos e obter os maiores benefícios possíveis. Os resultados desses estudos devem ser capazes de subsidiar a formulação e adequação das políticas do setor Saúde com vistas, sobretudo, a permitir que o sistema de saúde incorpore e utilize os recursos tecnológicos de forma mais racional e planejada, tornando mais eficiente a alocação de seus recursos. Espera-se que os estudos de ATS possam ainda contribuir para que o Estado venha a cumprir o princípio da equidade, possibilitando o acesso aos cuidados àqueles que efetivamente dele necessitam. Ainda na esfera governamental, destacamos a vigilância sanitária, que pode utilizá-las para aprimorar o seu exercício regulatório, ou seja, para orientar, com base em evidências científicas, a formulação de normas específicas e a concessão (ou cancelamento) de registro (mecanismo pelo qual se aprova a comercialização ou utilização de tecnologias no país).

Os principais objetivos da ATS são, também:

- Identificar e restringir os riscos à saúde, incrementando a 'segurança' da tecnologia.
- Disponibilizar para a população tecnologias que realmente produzam efeitos benéficos, ou seja, garantir sua 'eficácia'.
- Proporcionar informações acerca das melhores condições de sua aplicação e usos, para garantir os maiores benefícios possíveis (aprimorar sua 'efetividade').
- Apontar os custos dos benefícios e as possibilidades de otimizar a aplicação dos recursos (promover a 'eficiência').
- Comparar as diferentes alternativas disponíveis para apoiar as decisões de gestores.

Considerando a definição de tecnologia em saúde e de ATS, os interesses com os quais lida e alguns de seus principais objetivos, nos damos conta de sua abrangência, e fica claro seu caráter multidisciplinar.

Elementos básicos para ATS

Para iniciar a avaliação de uma tecnologia, é importante que sejam identificados e definidos:

- O problema e os aspectos que devem ser avaliados.
- Os conhecimentos e especialidades necessárias.
- Os indicadores (elementos de comparação) e os referentes (categorias homogêneas).

E, ainda:

- Recuperar a evidência científica disponível (literatura, publicada ou não; consulta aos pesquisadores).
- Coletar dados originais.
- Interpretar as evidências (classificando os estudos, observando as tendências etc).
- Sintetizar os resultados.
- Apresentar e disseminar resultados e recomendações.

Um importante aspecto da ATS, que muito interessa à vigilância sanitária e segue alguns dos elementos básicos listados anteriormente, é a elaboração de **protocolos clínicos** (*clinical practice guidelines*). Para a sua construção e implementação, é necessário um grupo multidisciplinar de especialistas, que utilize uma metodologia explícita, a fim de que o protocolo desenvolvido seja aceito e seja efetivo. O protocolo é um auxílio, um provedor de informações atualizadas, e não prescinde do profissional que tem a formação necessária para lidar com o problema a ser cuidado.

Um protocolo bem construído possui os seguintes atributos (ATS, 1997):

- Validade – ou seja, deve ser considerado razoável e apropriado por especialistas de reconhecida autoridade no assunto (validade de face) e deve ser sólido e baseado no conhecimento existente (validade de conteúdo).
- Reprodutibilidade – ou seja, diferentes grupos de especialistas provavelmente desenvolveriam as mesmas recomendações.
- Aplicabilidade – ou seja, deve explicitar ao máximo as populações às quais ele se aplica.
- Flexibilidade – ou seja, deve considerar a complexidade dos problemas de saúde e, sempre que possível, explicitar as condutas a serem tomadas em casos excepcionais que já sejam conhecidos.

Protocolos clínicos

São recomendações claras, desenvolvidas de forma sistemática, com o intuito de auxiliar as decisões dos profissionais e dos pacientes em relação a aspectos de diagnóstico ou de cuidado apropriado para circunstâncias clínicas específicas.

- Clareza – ou seja, deve utilizar termos precisos, sem ambigüidade, de forma a ser facilmente compreendido.
- Processo multidisciplinar – ou seja, deve ser elaborado com a participação de vários grupos e com vários níveis de participação.
- Revisão – ou seja, os protocolos devem ser revisados periodicamente.
- Documentação – ou seja, a metodologia utilizada no desenvolvimento do protocolo deve ser explicitada.



Para pensar

- A elaboração de *guidelines* lembra alguma coisa a você? Em seu município há algum protocolo para qualquer ação de vigilância sanitária? Se houver, cite qual(is). Você participou de sua elaboração ou sabe como foi construído? Você identifica alguns dos atributos aqui citados como válidos para eles?



Para saber mais

sobre o assunto, consulte ATS, 1997 e Woolf, 1992, que figuram nas sugestões de leitura.

Metodologias para avaliação das tecnologias em saúde

Para avaliar uma tecnologia, existem várias metodologias. A escolha daquela mais adequada estará vinculada a diversos elementos: a existência de informação e evidências disponíveis, o objetivo da própria avaliação, a natureza da tecnologia que está em pauta etc. A seguir apresentamos algumas dessas metodologias, de forma sintética.

Meta-análise

É uma técnica de síntese: reúne informações e dados gerados por estudos anteriores e realiza uma nova análise estatística a partir desse conjunto de dados reunidos. Os estudos devem ser identificados e selecionados com base em critérios definidos.

Principais problemas relacionados a esta metodologia:

- Métodos estatísticos não dão conta de problemas com 'vieses' nos estudos, e sempre há o risco (que é preciso contornar) de comparar 'laranja' com 'banana'.
- Meta-análise de pequenos estudos tende a superestimar efeitos e só deveria ser usada enquanto os grandes estudos não estão finalizados e disponíveis (Petitti, 1999).

Análise de custo-efetividade

Com este tipo de estudo, procura-se responder à seguinte questão: para alcançar o objetivo X, qual a estratégia mais custo-efetiva? Isto é, com que custo, em unidade monetária, pode-se obter o resultado pretendido (por exemplo: redução da morte materna)? A lógica é a de cruzar o critério do custo com o cumprimento dos objetivos, comparando diferentes alternativas de intervenção.

Principais problemas relacionados a esta metodologia:

- Disponibilidade de dados de efetividade – geralmente são criticados por conta da qualidade da evidência médica.
- Necessidade de que esta análise esteja baseada em grandes estudos bem desenhados – randomizados.
- Resultados de estudos aplicados em outros países/realidades diferentes daqueles em que foram produzidos.
- Idealmente, devem ser considerados os estudos de efetividade, e não os de eficácia, mas eles podem não estar disponíveis.
- Não existem estudos sobre sua reprodutibilidade (Petitti, 1999).

Análise de custo-benefício

Pretende responder às seguintes questões:

- É socialmente rentável investir no projeto X?
- Considerando os projetos X e Y, qual o mais rentável socialmente?

Aqui estão sendo comparados os custos e benefícios (análise da relação custo-benefício), ambos medidos em unidades monetárias. Devem ser identificados todos os custos (diretos e indiretos) e todos os benefícios, que deverão ser traduzidos em termos de valor monetário (cálculo monetário dos benefícios).

Neste tipo de análise, são necessários:

- Informações epidemiológicas fidedignas.
- Sistema de apuração de custos (inclusive para determinar o valor dos benefícios).

Análise de custo-utilidade

A pergunta central deste tipo de estudo é: qual a forma de proporcionar melhor e mais longa sobrevida a mais pacientes? Portanto, também é uma comparação entre alternativas de intervenção. Neste caso, a unidade de comparação é entre o custo (unidade monetária) e o resultado em termos de sua utilidade, em especial para o paciente. Por exemplo: tempo de sobrevida ou Quality (Ano de Vida Ajustado por Qualidade).

Este tipo de análise tem as seguintes características:

- Demanda inquérito para construir uma tábua de qualidade de sobrevida.
- Não trabalha com a distribuição dos custos e dos benefícios entre os diferentes grupos da população.
- A dimensão da equidade não está colocada, ainda que em alguns casos possam ser identificados grupos de beneficiários (Petitti, 1999).

Considerações gerais acerca da avaliação em saúde

Vimos que a avaliação em saúde apresenta-se como um campo em evolução, tanto em suas bases teórico-conceituais como em suas bases metodológicas, para que seja possível julgar o mérito de uma intervenção até a fase atual, de um processo participativo e inclusivo, de negociação entre avaliador e avaliado (Guba & Lincoln, 1989).

Além disso, a avaliação toma como ponto de partida a produção de um conhecimento que não apenas tem um caráter valorativo, mas também contém a possibilidade de utilização. Assim, o julgamento de valor sobre o objeto de estudo não se resume a uma medição do objeto, mas passa a ser um processo cujo resultado final não se esgota na descrição e no próprio julgamento. Esse processo deve, necessariamente, servir como fonte de retroalimentação para subsidiar ações, especialmente a tomada de decisão (Aguilar & Ander-Egg, 1994; Contandriopoulos et al., 1997).

Algumas questões a serem levadas em conta em qualquer processo de avaliação dizem respeito à impossibilidade de se fazer um julgamento 'isento', bem como ao fato de serem várias as possíveis situações a influenciar o resultado final de qualquer intervenção.

De maneira geral, a avaliação em saúde como área de conhecimentos e práticas é de recente incorporação no Brasil. Tal incorporação vem se dando em função da expansão e importância político-econômica da atenção à saúde, da incorporação crescente de tecnologias de saúde e das propostas de novos modelos assistenciais, que se constituem em condições favoráveis para propostas de racionalização das decisões e das práticas em saúde (Novaes, 2000). Ainda inexistem em nosso país práticas institucionais similares às vigentes em

países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França, onde a avaliação encontra-se já institucionalizada e conta com financiamento e órgãos específicos para seu desenvolvimento.

Vimos que há uma diversidade de conceitos e metodologias no campo da avaliação, e aqui acrescentamos que temos, também, uma carência de profissionais e de sistematização dos resultados obtidos. Mas, pelo que vimos em relação à avaliação da qualidade em saúde e da avaliação tecnológica nas suas relações com a vigilância sanitária, podemos inferir que a Visa é, em sua essência, uma atividade de avaliação.

Podemos ir um pouco mais longe: enquanto o produtor de bens ou serviços deve garantir a qualidade daquilo que produz, a vigilância faz o acompanhamento contínuo e sistemático, ou seja, uma avaliação ao longo do tempo, visando a identificar se as atividades estão sendo realizadas, pelo setor regulado, de modo adequado e de forma a submeter a população ao menor risco para a sua saúde.

Não cabe à vigilância sanitária 'garantir a qualidade', responsabilidade que lhe é erroneamente imputada, geralmente quando já houve a ocorrência de dano à saúde. É de sua responsabilidade 'monitorar' e 'avaliar' as condições, adequadas ou não, em que está sendo realizado o processo produtivo, para intervir, caso necessário, antes da ocorrência de agravos ou danos à saúde.

Referências bibliográficas

- AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ATS. American Thoracic Society. Attributes of ATS documents that guide clinical practice. *Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 156:2.015-2.025, 1997.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. I. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980a.
- DONABEDIAN A. Basic approaches to assessment: structure, process, and outcome. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. I. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980b.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114:1.115-1.118, 1990.
- GOODMAN, C. S. Introduction to health care technology assessment, 1998. Disponível em <www.nlm.nih.gov>.
- GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):341-353, 1999.

- HOLLAND, W. W. *Evaluation of Health Care*. UK: Oxford University Press, 1983.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(5):547-559, 2000.
- OTA. Office of Technology Assessment, U.S. Congress. *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies*. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1978. (Publicação OTA-H-05)
- PANERAI, R. B. & MOHR, J. P. *Health Technology Assessment Methodologies for Developing Countries*. Washington, D.C.: Pan-American Health Organization, 1989.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- PETITTI, D. B. *Meta-Analysis, Decision Analysis & Cost-Effectiveness Analysis: methods for quantitative synthesis in medicine*. Vol. 31. Hardcover, 1999.
- RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *New England Journal of Medicine*, 294:582-588, 1976.
- SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):501-520, 2003.
- SILVER, L. D. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E. et al. *Planejamento Criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- VIANNA, C. D. & CAETANO, R. Avaliação tecnológica em saúde: introdução e alguns conceitos básicos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. (Mimeo.)
- WHO. World Health Organization. *Quality of Care: patient safety*, 2002. A55/13.

Sugestões de leitura

- ATS. American Thoracic Society. Attributes of ATS documents that guide clinical practice. *Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 156:2.015-2.025, 1997.
- DONABEDIAN, A. *The Criteria and Standards of Quality*. Ann Harbor: Health Administration Press, 1982.
- DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, 12:99-108, 1986.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260:1.743-1.748, 1988.
- HOLLAND, W. W. *Evaluation of Health Care*. UK: Oxford University Press, 1983.
- WOOLF, S. H. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. *Archives of International Medicine*, 152:946-952, 1992.

A Vigilância Sanitária e o Pacto 2006: qual futuro?

Marismary Horsth De Seta

A partir de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde emitiu uma série de portarias, superando as discussões anteriores referentes à **Responsabilidade Sanitária** e à **Regionalização Solidária** e incorporando algumas reivindicações dos gestores da saúde e recomendações das conferências nacionais de saúde. Essas novas regulamentações, de um lado, mantêm muitos aspectos estabelecidos nas normas anteriores e, de outro, aprofundam o processo de descentralização, com aumento relativo da liberdade municipal no tocante à alocação de recursos.

Os antecedentes

No processo de reforma sanitária brasileira havia, ainda nos anos 80, duas correntes que concordavam quanto à necessidade de descentralização e divergiam quanto às estratégias. Uma preconizava que houvesse reforço da esfera estadual, a outra preconizava que essa descentralização se desse em bases municipais (descentralização como 'municipalização'). A segunda foi a corrente vitoriosa, vitória que se refletiu nos dispositivos legais que instituem a esfera municipal como executora preferencial das ações de saúde, entre os quais as leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990.

Do ponto de vista do financiamento, a Lei 8.080/90 (art. 35) estabeleceu critérios para o cálculo dos valores a serem transferidos para estados e municípios, para atenção à saúde: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Responsabilidade Sanitária (LRS): na gestão de Humberto Costa, o Ministério da Saúde submeteu a consulta pública um projeto de lei sobre a responsabilização dos governos no cumprimento de metas de atenção à saúde da população. Ele especificava responsabilidades da União, dos estados e dos municípios na gestão do sistema e definia infrações administrativas e crimes de responsabilidade, para os quais se previam punições e penalidades. Esse projeto foi suspenso na atual gestão, e substituído pela Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Tramita no Congresso Nacional um projeto do deputado Roberto Gouveia (PT/SP) sobre responsabilidade sanitária.

Regionalização Solidária do SUS Tornava necessário um termo de compromisso assinado entre os gestores estaduais e municipais para que se assumissem as responsabilidades pelo planejamento e execução – de forma integrada e solidária – das ações e serviços de saúde de caráter regional. Incluía mecanismos para a gestão regional: 1) definição de Colegiado de Gestão Regional; 2) planejamento, avaliação e regulação regional; 3) participação e controle social; e 4) financiamento e alocação dos recursos.

Crise de financiamento do setor

Saúde: perdeu por toda a década de 90 e teve várias tentativas de superação, inclusive a criação da CPMF para financiar a saúde. Seu ápice é apontado em 1993, com o não-repasse dos recursos da Previdência para a Saúde na gestão Antonio Brito.

Risco de atomização

“Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos”.

Fonte: Introdução à Noas, 01/2001.

Críticas: não só à Noas, mas a todas as normas operacionais. O argumento é a sua inconstitucionalidade. A este respeito, ver o artigo de Gilson Carvalho (2001), que consta da bibliografia, ao final do texto.

Diante da não-regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080/90, tornada necessária pela **Lei 8.142** do mesmo ano, e da **crise de financiamento do setor Saúde nos anos 90**, o Ministério da Saúde passou a editar as Normas Operacionais Básicas (NOB).

Até 2001, a implementação das NOB resultou num processo relativamente acelerado de descentralização das ações, mormente no campo da assistência à saúde. Esse processo, no qual foi criada a maior parte de secretarias municipais de Saúde no Brasil, teria gerado certa fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS) no nível nacional, que figura na exposição de motivos da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 como **risco de atomização**.

Com a Noas, pretendeu-se promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, mediante integração entre sistemas municipais e fortalecimento do papel coordenador e mediador do gestor estadual. Para isso, seriam empregados três grupos de estratégias: regionalização e organização da assistência; fortalecimento da gestão do SUS; revisão dos critérios de habilitação de municípios e estados. Tão logo publicada, a Noas 01/2001 gerou intensa polêmica, e o debate entre as três esferas foi reaberto ainda nesse ano.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou, em 22 de novembro de 2001, o comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, e constituiu grupo de trabalho visando à adequação da Noas 01/2001. Em 27 de fevereiro de 2002, é emitida a Portaria GM/MS n. 373, com a Noas 01/2002.

Foram muitas as **críticas** à Noas 01/2002 e, em fins de 2003, a CIT discutiu a revisão da regulação da gestão descentralizada do SUS. Essa revisão objetivava formalizar as responsabilidades de cada esfera de governo nos chamados ‘pactos de gestão e regionalização’. Entre os problemas a serem superados, destacavam-se a fragmentação e a pulverização dos recursos financeiros no financiamento da gestão descentralizada.

O Pacto de Gestão 2006

Após intensa pactuação, na gestão Saraiva Felipe/Agenor Álvares, é emitido um conjunto de portarias, das quais se destacam as seguintes:

- Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova suas diretrizes operacionais.
- Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde.

- Portaria 675/GM, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país.
- Portaria 698/GM, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

A Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabelece as prioridades do Pacto pela Vida, seus objetivos e metas para o ano de 2006. As prioridades e seus objetivos são: Saúde do idoso – implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral; Câncer de colo de útero e de mama – contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; Mortalidade infantil e materna – reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias; Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza – fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias; Promoção da saúde – elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; Atenção básica à saúde – consolidar e qualificar a estratégia da saúde da família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

A Portaria 399/GM/2006 mantém os instrumentos de planejamento e programação instituídos, tais como a Programação Pactuada e Integrada (PPI), prevendo a articulação da PPI da assistência com a da vigilância em saúde; o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Além disso, define cinco blocos para o financiamento de custeio: Atenção básica; Atenção de média e alta complexidade; Vigilância em saúde; Assistência farmacêutica e Gestão do SUS.

O bloco de financiamento para a Vigilância em saúde, segundo a Portaria 399/GM/2006, tem seus recursos financeiros compondo o limite financeiro de vigilância em saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal, e representa o agrupamento das ações da Vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, perfazendo dois componentes: da Vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e o componente da Vigilância sanitária em saúde.

Quanto ao financiamento, a Portaria 698/GM, de 30 de março de 2006, portanto posterior à 399, é mais específica: estabelece os recursos destinados a cada um dos dois componentes da Vigilância em saúde (artigos 13, 14 e 15).

O componente da Vigilância epidemiológica e ambiental em saúde inclui os “seguintes incentivos: Hospitais do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados através de ato normativo específico.

§ 1º. No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais com repasses específicos, destinados às seguintes finalidades: I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (Vigisus II); II - campanhas de vacinação; e III - incentivo do Programa DST/Aids;

§ 2º. Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados no bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios – componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde, na medida [em] que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 3º. Os recursos de que trata o componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde deverão contemplar ações de rotina e poderão ser acrescidos de valores específicos para a execução de ações contingenciais, conforme pactuação na CIT”.

(Portaria 698, de 30 de março de 2006, art. 14)

O componente da Vigilância epidemiológica e ambiental em saúde se refere aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde.

O componente da Vigilância sanitária em saúde será constituído do Termo de Ajuste e Metas (TAM) e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB/Visa) (art. 15). O Fundo de Compensação em Vigilância Sanitária, bem como o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (Pevisa), são mantidos.

A Portaria 699/GM, de 30 de março de 2006, estabelece diretrizes do processo de gestão do SUS, fluxos de construção e aprovação dos termos de compromisso dos gestores das três esferas, e regras de transição. Fixa metas nacionais que servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades do Pacto pela Vida.

Como exemplo de regra de transição, está a permanência em vigor, no ano de 2006, da pactuação de indicadores nos processos específicos do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), “aos quais será acrescido um grupo de indicadores cuja pactuação dar-se-á no próprio instrumento do Termo de Compromisso de Gestão, não gerando assim o Relatório de Indicadores de Monitoramento, neste ano”.

Outras regras de transição compreendem a manutenção das responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios habilitados pela NOB 96 e pela Noas 2002, até a assinatura do termo de compromisso, que deve ser firmado até 30 de novembro de 2006. Após essa data, está prevista uma avaliação pela CIT sobre a situação dos que não assinarem o termo de compromisso. Um ponto importante é a previsão de que apenas os que assinarem farão jus às prerrogativas desse pacto, tais como recursos para a gestão e regulação, e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimento, à exceção das emendas parlamentares.

Considerações finais

Existem diferenças importantes nos critérios envolvidos no financiamento e na descentralização dos componentes Vigilância epidemiológica e ambiental e Vigilância sanitária, anteriores às portarias do Pacto de Gestão e que se encontram mantidos. As principais diferenças dizem respeito, no caso da vigilância epidemiológica e ambiental, à exigência de contrapartida e de certificação, à instituição de **valores diferenciados *per capita* para custeio** e ao valor do incentivo à descentralização, que monta a R\$ 0,48 *per capita*/ano.

A instituição do bloco de financiamento Vigilância em saúde proporciona maior facilidade para identificar os recursos destinados a cada componente, e a sua conseqüente comparação. Sem que se aborde a totalidade dos repasses federais no bloco supracitado, trabalhando-se apenas com repasses selecionados, é possível perceber que a magnitude dos recursos destinados ao componente Vigilância epidemiológica e ambiental é extremamente diferenciada.

Como exemplo, a comparação da totalidade dos recursos destinados à vigilância sanitária – Taxa de Fiscalização Sanitária (TFVS), Incentivo à descentralização da Vigilância Sanitária (PBVS) e Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária (MAC Visa) – em relação a alguns repasses selecionados do atual componente Vigilância epidemiológica e ambiental. A eleição de dois municípios extremamente díspares, como **Rio de Janeiro** e **Carapebus**, ambos localizados no estado do Rio de Janeiro, destina-se apenas a suscitar o debate sobre a importância percentual dos recursos envolvidos.

Valores diferenciados *per capita* para custeio, que variam de 1,80 a 4,08 *per capita*/ano. Para isso, os estados federados foram classificados em três estratos, levando-se em consideração o perfil epidemiológico e o custo das operações de prevenção e controle de doenças neles prevalentes, com a criação de um fator 'extensão territorial'. Partiu-se do princípio de que a extensão territorial encarece o custo das ações. (Silva Jr., 2004)

Rio de Janeiro

População estimada 2005 em 01.07.2005: 6.094.183 habitantes. Área da unidade territorial: 1.182 km².

Carapebus

População estimada 2005 em 01.07.2005: 10.170 habitantes. Área da unidade territorial: 306 km².

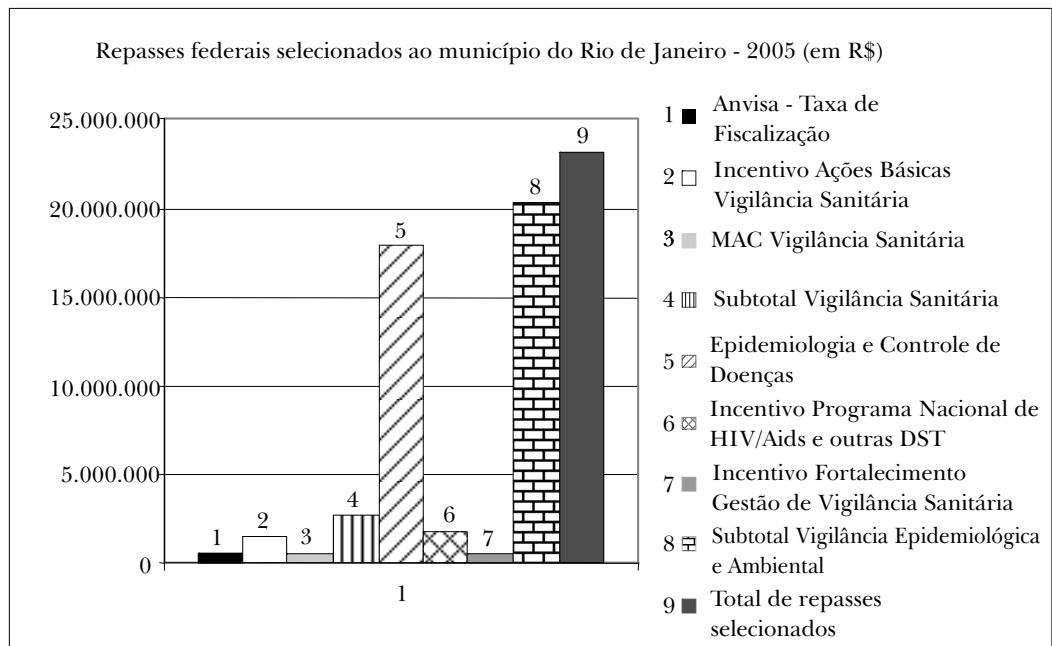
Fonte: IBGE.

Repasses selecionados 2005	Rio de Janeiro R\$	%	Carapebus R\$	%
TFVS	597.408,12	2,8	0	0
PBVS	1.493.520,24	7,0	2.388,48	1,9
MAC Visa	597.408,12	2,8	0	0
Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD)	17.991.423,39	84,5	122.505,54	98,1
Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde	624.417,94	2,9	0	0
Total	21.304.177,81	100	124.894,02	100

Fonte: Datasus - Repasses a municípios. Elaboração própria.

Utilizando-se do componente Vigilância epidemiológica e ambiental apenas os repasses ECD e o incentivo ao Fortalecimento da gestão da vigilância em saúde, constata-se que, do total de repasses selecionados, os repasses para a vigilância sanitária correspondem a 12,6% e 1,9%, respectivamente para Rio de Janeiro e Carapebus, no ano de 2005.

Ao se trabalhar com dados de repasses federais ao município do Rio de Janeiro, do ano de 2005, ampliando-se a gama de repasses federais para o componente Vigilância epidemiológica e ambiental, embora ainda se considere a totalidade de repasses para a vigilância sanitária em relação à sua parcialidade para a Vigilância epidemiológica e ambiental, constata-se a situação expressa neste gráfico.



Fonte: Datasus - Repasses a municípios. Elaboração própria.

A título de conclusão deste posfácio e início de um debate em outro patamar, ressalte-se que, no contexto atual, estão sendo discutidas as bases do Plano Diretor do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (PDVisa) e que as portarias dos pactos de Gestão e pela Vida apontam para nova pactuação de indicadores para o ano de 2007 e para prioridades sanitárias nacionais. Cuidar do que lhe é inerente, ou seja, cuidar para que esses processos culminem com o efetivo envolvimento da vigilância sanitária para o alcance das metas sanitárias prioritárias e que se discuta o aporte de recursos financeiros, também por parte de estados e municípios, é o que se faz necessário para o cumprimento de sua missão.

Bibliografia

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):435-444, 2001.

FAVERET, A. C. de S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PESTANA, M. & MENDES, E. V. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais, 2004.

SILVA JR., J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*, 2004. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

Formato: 20 x 26 cm
Tipologia: Humanist e Baskerville
Papel: Pólen Bold 90g/m²(miolo)
Cartão supremo 250g/m² (capa)
CTP, reimpressão e acabamento: Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, outubro de 2008.

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos – 21040-361
Rio de Janeiro – RJ.
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041 – Telefax: (21) 3882-9006
<http://www.fiocruz.br/editora>
e-mail: editora@fiocruz.br